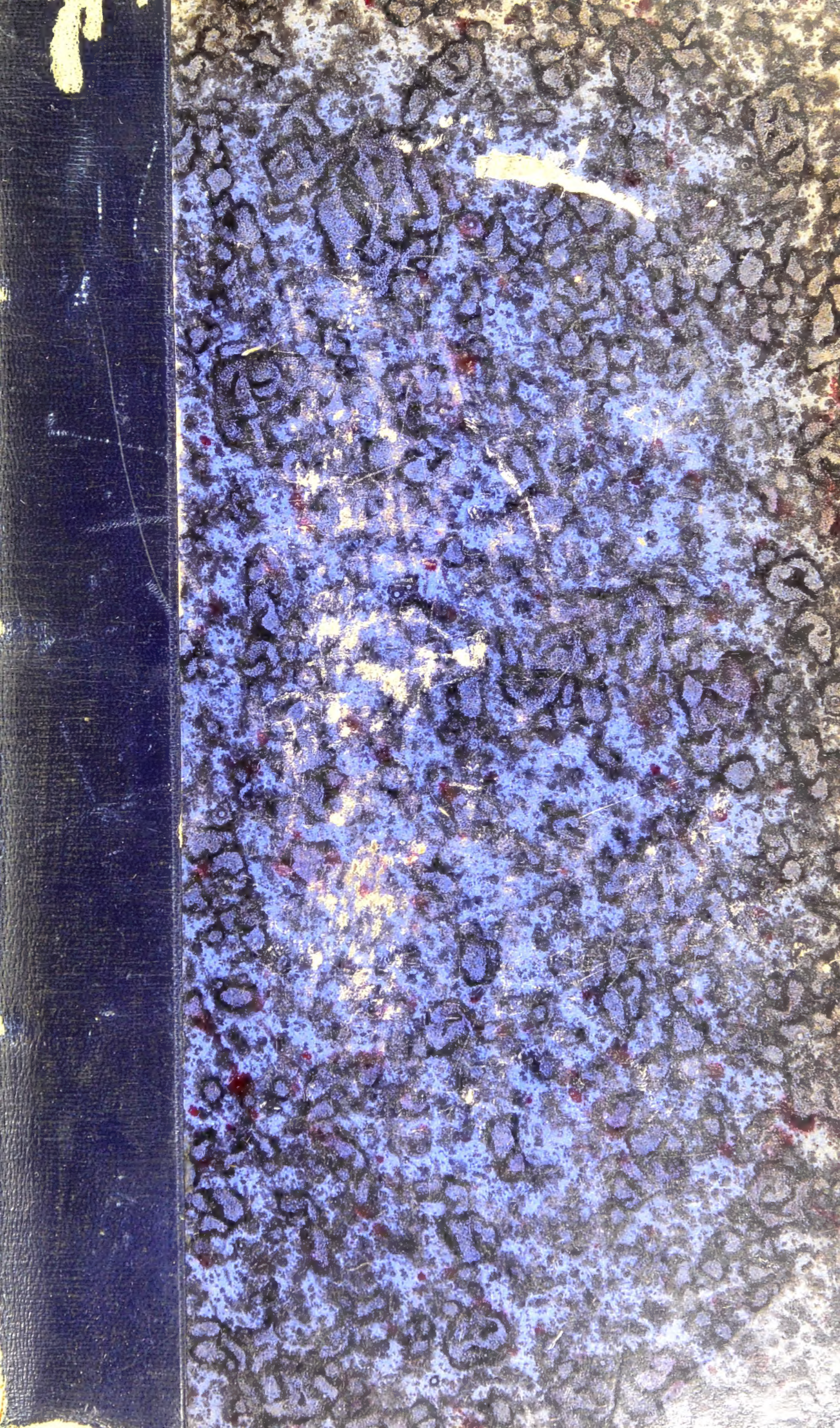
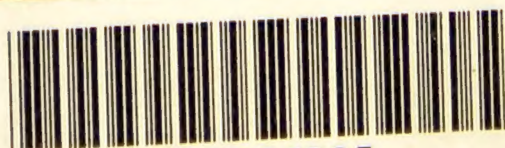



22101786135

On ignore la cause de cette tentative de suicide.

Ecrasé par un tramway

Dimanche soir, vers onze heures, boulevard du Montparnasse, en face du n° 123, un individu dont l'identité n'a pu être établie a été renversé par un fiacre qui l'a projeté sous les roues du tramway Bastille-Montparnasse.

L'infortuné, qui a eu les deux jambes coupées par les roues, a été transporté à l'hôpital Cochin.

LES ONGLES DE NAPOLÉON

Le prince de Joinville, qui présida à l'exhumation du corps de Napoléon, constate que les bottes de l'impérial cadavre étaient défoncées par les ongles qui avaient poussé; qu'il avait une barbe assez longue et des cheveux abondants, alors qu'à sa mort il était rasé de la veille et complètement chauve.

Ce fait historique prouve ce que je disais dans l'étude que j'ai consacrée dernièrement ici même aux récents progrès de la science en ce qui concerne la repousse des cheveux, à savoir que leur perte n'est jamais définitive.

Les cheveux peuvent tomber sous l'empire d'un mal quelconque, mais le follicule producteur, qui, lui, engendre la racine, ne meurt pas pour cela. Il reste toujours vivant, même après la mort de l'individu, et il suffit de lui appliquer l'agent thérapeutique qui lui convient pour qu'aussitôt sa faculté créatrice se réveille, pour que la racine se reforme, se développe, grandisse et pousse des cheveux abondants au-dessus du cuir chevelu.

J'ai relaté les résultats étonnants obtenus par l'emploi du chlorhydrate de Pilocarpine et de la Sève capillaire du professeur Busch. Ce qui caractérise la belle découverte de ce savant modeste, c'est que sa Sève capillaire, admirable synthèse des plus récents progrès de la science, forme précisément un agent thérapeutique complet s'appliquant à tous les cas.

Chaque substance entrant dans sa composition a un rôle spécial à remplir.

Les unes débarrassent le cuir chevelu des organismes microbiens qui ont pu s'y introduire, fortifient et régénèrent le bulbe; les autres désagrègent, désassocient, font disparaître les particules farineuses ou graisseuses qui obstruent les racines et les anémient.

Toutes s'appuient, se complètent, et c'est ainsi que la Sève capillaire du professeur Busch arrive à faire repousser les cheveux à des vieillards qui, depuis 20 ans, n'en avaient plus un seul, à regarnir, en moins d'un mois souvent, des têtes et des barbes rongées par les pellicules, ravagées par la séborrhée grasse ou squammeuse, l'herpès tonsurant, la pelade, le pytiriasis et toute la séquelle des maladies microbiennes, constitutionnelles ou héréditaires.

Un lecteur a bien voulu me signaler cette semaine le fait vraiment extraordinaire d'un vieillard de 74 ans, le commandant L. Vern..., rue de Flandre.

Depuis 14 ans qu'il habite la même maison, ses voisins le tenaient pour un des plus beaux chauves de la capitale. Il a retrouvé cependant, en 7 semaines exactement, avec deux flacons de la Sève capillaire Busch, une chevelure plus fournie — il me l'a déclaré lui-même — que celle qu'il avait à 25 ans.

Ce fait va faire l'objet d'un rapport à l'Académie des sciences. Si extraordinaire qu'il paraisse, il n'est cependant pas isolé. Les albums qui sont à la disposition de tout le monde dans le laboratoire du professeur Busch, à Paris, 10, rue Bons-Enfants, contiennent plusieurs milliers de lettres de remerciements, d'attestations de personnes connues, dûment légalisées d'ailleurs, constatant des résultats pareils.

J'engage donc tous ceux de mes lecteurs auxquels la Sève capillaire Busch peut être utile à aller le voir ou à lui écrire en lui donnant le plus de détails possible. Par le retour du courrier et gratuitement, le professeur Busch leur donnera le moyen de retrouver une crinière à faire pâlir de jalousie Absalon.

Docteur H. MARCELINS.

Courrier des Théâtres

Premières représentations annoncées pour cette semaine :

A Déjazet, *A qui l'enfant?* vaudeville nouveau. (Répétition générale mardi, à une heure.)

A l'Odéon, mardi soir, à huit heures et quart, première représentation d'*Une héritière*, drame en un acte de M. Paul Vergnet, d'après la nouvelle de M. Paul Perret.

Au Vaudeville, vendredi, reprise d'*Amoureuse*.

La Comédie-Française donne, cette semaine, les spectacles suivants :

Ce soir mardi, *l'Etrangère*; — mercredi et samedi, *Adrienne Lecouvreur*; — jeudi, *Denise*; — vendredi, le *Monde où l'on s'ennuie*.

La Comédie-Française avait eu un mois d'août déplorable. Elle a joué 31 fois dans le courant de septembre 1893 et encaissé 83,170 francs, ce qui donne le chiffre de 2,682 francs par représentation.

A la Scala, le compte rendu de la rentrée d'Yvette Guilbert peut se résumer en un mot : Triomphe! Triomphe pour la divette, qui a su si heureusement se choisir un répertoire et nouveau et varié, de note tout à la fois tendre, sentimentale, dramatique même, pour ensuite redevenir rosse et comique; et qui surtout, avec une dextérité sans égale, a pu l'interpréter à la satisfaction générale.

Oui, ce n'était qu'un cri dans la salle : « Toujours en progrès sur elle-même, comme diseuse et comme comédienne! » Car maintenant Yvette *joue* les scènes qu'elle interprète; elle les mime avec cette mobilité d'expression, elle les chante avec cette flexibilité de la voix dont elle a le secret. Et que ce soit le *Guignol du cœur* ou *Il y a des choses qu'une femme n'oublie pas*, elle y atteint la perfection absolue.

Avec une artiste semblable, c'est pendant de longs soirs le maximum assuré.

Les Variétés annoncent les neuf dernières représentations du *Nouveau Jeu*.

Havart, Caron, Amboise et Dunissel ont reçu, chacun, une médaille de l'Union.

Une quête faite par M. Guesnet, trésorier, et Mlle Boyenval, fille du capitaine de Compiègne, a produit 90 fr. 15. Cette somme sera versée dans la caisse de secours immédiat de l'Union.

Un banquet de 120 couverts a clôturé cette amicale réunion.

UN VOL DE 53,000 FRANCS

(*Dépêche de notre correspondant*)

Narbonne, 17 octobre.

Un vol de 53,000 francs en billets de banque et en or vient d'être commis au préjudice du docteur Hébrard, de la commune de Sallèles.

Le parquet se rend sur les lieux.

LE NAUFRAGE DU « MOHEGAN »

(*Dépêche de notre correspondant*)

Londres, 17 octobre.

Les rochers Manacle, sur lesquels s'est brisé le *Mohegan*, détiennent le record dans la série des désastres qui se produisent sur cette partie de la côte anglaise. Jamais une année ne se passe sans qu'on ait à signaler un sinistre dans ce passage dangereux; en 1895 trois naufrages se produisirent à cet endroit.

Jusqu'à présent les survivants de la catastrophe du *Mohegan* n'ont donné aucun renseignement sur les causes du désastre ; on ne s'explique pas comment le navire s'est trouvé à plus de six milles de sa direction régulièrement déterminée.

Les vaisseaux qui se dirigent vers New-York prennent ordinairement leur direction sur le feu Bishop des îles Scilly. On ne s'explique pas comment un homme aussi expérimenté que le capitaine Griffith a pu se tromper à ce point par un temps relativement clair.

On a aujourd'hui des renseignements exacts sur le nombre des passagers du *Mohegan*. Il y avait 104 hommes d'équipage et 53 passagers ; 42 passagers et 65 officiers ou hommes d'équipage ont été victimes de la catastrophe.

Pour les soldats morts à l'ennemi

(*Dépêche de notre correspondant*)

Cosne, 16 octobre.

Marseillaise, un superbe chœur composé tout exprès par M. Robineau, directeur de cette Société.

Le soir, à sept heures, un grand banquet a clôturé cette fête patriotique.

Le Petit Journal

DANS LES DÉPARTEMENTS *et hors de France*

(*Télégrammes de nos correspondants spéciaux*)

Lundi, 17 octobre.

Perpignan. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Lazare Escarguel, le premier maire républicain de Perpignan, a eu lieu hier à deux heures.

La cérémonie a été présidée par M. Robert, préfet, qui a prononcé un discours, ainsi que MM. Emile Brousse, ancien député, Vilar, sénateur, Pujade, président du conseil général.

Cette. — Un domestique de la campagne du Castellas a été tamponné hier soir par le train 120, à quelques mètres de la halte des Onglous et a été tué sur le coup. Le malheureux se rendait à la campagne, et c'est probablement en voulant traverser la voie pour abréger sa route qu'il s'est fait prendre par la locomotive.

Cahors. — Surpris en flagrant délit de vol au préjudice de M. Lafeuille, propriétaire à Rulhe, commune de Lissac, qui sentit sa main dans sa poche, un pickpocket a été arrêté par les personnes qui se trouvaient à ce moment dans la halle Parti. Pendant qu'on le conduisait à la chambre de sûreté, un deuxième compère a été également arrêté par la gendarmerie à la gare.

Pendant cette deuxième opération, le premier individu a soulevé une dalle de la chambre de sûreté, a pénétré dans les égouts et s'est évadé. On ne l'a pas encore retrouvé.

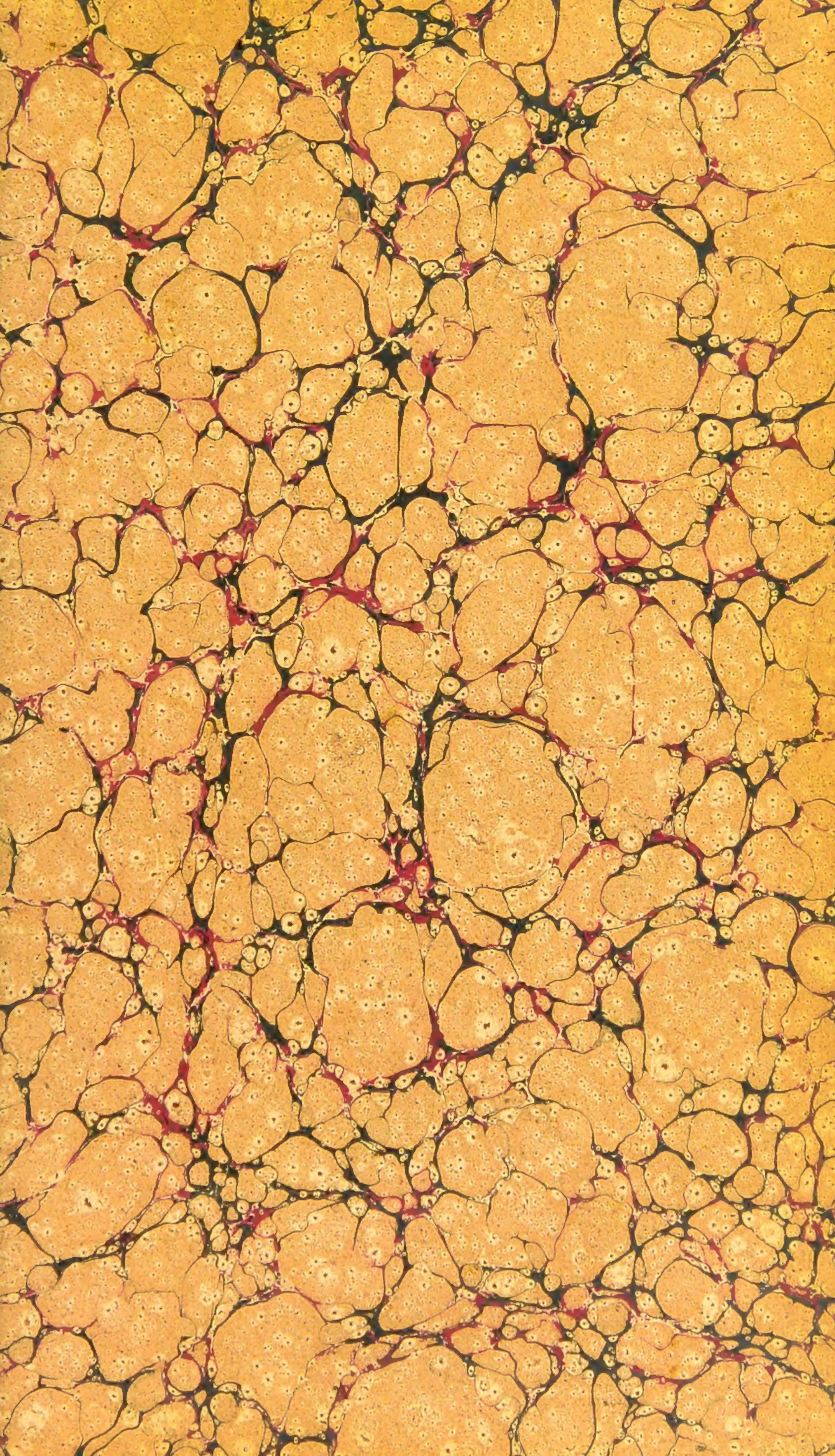
Toulon. — Un soldat rengagé du 4e de marine, le nommé Imoff, âgé de trente ans, caserné à bord du *Castiglione*, descendait hier soir, à six heures, l'échelle conduisant de ce bâtiment au radeau, lorsqu'en glissant il a été précipité à la mer. On s'est porté immédiatement à son secours, mais le malheureux avait cessé de vivre. Dans sa chute il s'était fracturé le crâne.

Annecy. — Samedi soir, l'Allobroge, société de gymnastique et d'instruction militaire, a donné au théâtre, avec le bienveillant concours de la fanfare municipale et de plusieurs amateurs, son grand concert annuel.

Deux mille personnes s'étaient rendues à l'invitation de l'Allobroge et ont applaudi chaleureusement la vaillante Société.

Montbéliard. — La gendarmerie de Saint-Hippolyte vient d'arrêter un nommé Edmond Rial, âgé de vingt-quatre ans, sans profession, qui, déjà condamné deux fois, est accusé de voies de fait et de menace de mort envers ses parents et par surcroît d'avoir incendié une de leurs propriétés. Voilà un garnement qui promet !

Clermont-Ferrand. — Une pauvre femme d'Arlanc, la veuve Grange, âgée de quatre-vingt-douze ans, croyant rentrer chez elle, est tombée dans un ruisseau qui passe près de sa maison. Quand on l'a retirée elle était morte.



ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

II.

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr P. JOUSSET.

De la Trachéotomie dans le traitement du croup (*Arch. gén. de méd.*, août 1844).

Des formes de la folie (*Arch. gén. de méd.*, 1845).

Du Cancer (thèse inaugurale, Paris, 1846).

Les Phénomènes locaux de l'inflammation (thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1847).

Réponse aux lettres de M. Manec sur l'homœopathie (*Art médical*, 1856, et tirage à part).

Histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, considérée comme lésion du délire fébrile (*Art médical*, 1856).

Des Effets produits chez l'homme et chez les animaux par le sulfure de carbone (*Art médical*, 1856).

Des Injections iodées ; de leur mode d'action et de leurs indications ; mémoire couronné par les Sociétés médicales de Gand et de Bordeaux) *Art médical*, 1857, et tirage à part).

Des Inhalations du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1857).

Du Suicide et de la Monomanie du suicide; étude sur l'extravagance naturelle et l'extravagance morbide (*Art médical*, 1858, et tirage à part).

Des indications et des contre-indications de la trachéotomie dans le traitement du croup (*Art médical*, 1859).

Du meilleur Mode d'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes (*Art médical*, 1861).

Congestion cérébrale apoplectiforme (*Art médical*, 1861, et tirage à part).

De l'Expectation et du traitement homœopathique dans la pneumonie (*Art médical*, 1862, et tirage à part).

Des formes et du traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1863).

Des formes et du traitement de l'hystérie (*Art médical*, 1864).

De l'Aliénation et de la Folie (*Art médical*, 1865, et tirage à part).

Conférences publiques sur l'homœopathie (*Art médical*, 1867, et tirage à part).

Eléments de pathologie et thérapeutique générales, 1875, 1 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillère et fils.

Leçons de clinique médicale professees à l'hôpital homœopathique Saint-Jacques. 1 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillière et fils.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

CONTENANT LE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DE CHAQUE MALADIE

PAR

LE Dr P. JOUSSET

Médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris,
Professeur libre de clinique et de pathologie interne,
Ancien président de la Société homœopathique de France,
Membre de plusieurs Sociétés savantes,
Ancien interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

Seconde édition revue et corrigée.

TOME SECOND

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près le boulev. St-Germain.

Londres : Baillière, Tindall and Cox. | Madrid : C. Bailly-Baillière.

1877

ÉLÉMENTS

DE

MÉDECINE PRATIQUE

SECONDE PARTIE

DES

AFFECTIONS ET MALADIES LOCALISÉES

Nous avons décrit les maladies dont les lésions ont un siége multiple et celles qui n'ont pas de lésions appréciables; nous allons décrire maintenant les affections et les maladies dont la lésion principale a un siége unique. Beaucoup d'auteurs appellent encore les premières de ces maladies *maladies générales*, et les secondes *maladies locales*. Nous rejetons complètement ces expressions, parce qu'elles consacrent une erreur. En effet, il n'y a pas de *maladies locales*. La pneumonie, avec la fièvre et les altérations du sang qu'elle détermine, est une maladie *totius substantiæ*, au même titre que la fièvre typhoïde. Il en est de même de l'épistaxis, de l'arthrite, du cancer de l'estomac, de l'engorgement de l'utérus, etc. Ici la lésion principale a un siége; ce sont des *affections* ou des *maladies localisées*, mais non des maladies locales; toutes sont le produit d'une *prédisposition*

définie ; toutes sont constituées par un ensemble de symptômes et de lésions dont les caractères aussi bien que l'évolution constituent un tout défini et distinct ; toutes naissent, se développent et se terminent suivant les lois d'un organisme vivant mais troublé ; toutes retentissent plus ou moins sur l'être malade, et de même qu'en physiologie il n'est pas possible de faire du poumon un organe complètement séparé, de même en pathologie on ne peut faire de la pneumonie une maladie locale.

Nous décrirons ces affections et ces maladies localisées en suivant l'ordre anatomique : 1° parce que l'étude comparative des affections diverses qui siégent sur le même organe est extrêmement utile pour le diagnostic ; 2° parce que les agents thérapeutiques et hygiéniques qui composent le traitement des affections qui siégent sur le même organe présentent de nombreux points de contact. Ainsi il y a certainement plus d'analogie entre les symptômes et la marche de l'hémorrhagie cérébrale et celle de l'encéphalite, qu'entre l'hémorrhagie cérébrale et toute autre hémorrhagie, l'épistaxis, par exemple ; ou bien qu'entre l'encéphalite et toute autre phlegmasie, la péritonite, la pneumonie, etc. Pour la thérapeutique, l'hygiène des *affections cérébrales* est différente de l'hygiène des *affections pulmonaires*, et réciproquement ; de même il y a des médicaments qui agissent principalement sur le cerveau, la *belladone*, l'*opium*, par exemple.

Nous décrirons d'abord dans chaque organe les maladies essentielles : phlegmasies, hémorrhagies, etc., puis les localisations des *maladies constitutionnelles*, *diathésiques*, *cachectiques*, et les *névroses*. Nous ferons cependant subir à cet ordre tous les changements qui nous paraîtront demandés par les nécessités de la *médecine pratique*.

TREIZIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ENCÉPHALE

DE LA MÉNINGITE

Décrite sous le nom de *phrénitis*, puis d'*hydrocéphalie aiguë*, cette maladie n'a été bien connue que depuis l'époque où Parent du Châtelet et Martinet distinguèrent nettement la méningite de la convexité de la méningite de la base : c'est-à-dire la méningite essentielle de la méningite tuberculeuse.

La *méningite essentielle* est une maladie extrêmement rare ; elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de l'arachnoïde, de la pie-mère et de la couche superficielle du cerveau ; le siége principal de l'inflammation est à la convexité des hémisphères. Cette même inflammation survient plus fréquemment comme affection symptomatique dans le cours et à la fin d'un certain nombre de maladies. La *méningite symptomatique* se subdivise elle-même en symptomatique proprement dite et en *métastatique*. Cette dernière a pour caractère de survenir dans le cours de la maladie et de remplacer tout à coup une autre affection moins grave. On l'observe dans le rhumatisme, dans la goutte, dans la dartre et pendant le cours d'une phlegmasie ; elle remplace alors soit l'affection articulaire, soit l'affection de la peau, soit l'hépatisation pulmonaire ou telle autre inflammation viscérale.

La méningite est purement symptomatique quand, dans les mêmes maladies, elle se développe concurremment avec les affections locales ; elle est surtout fréquente dans le cours des fièvres et de la diathèse purulente. C'est à J.-P. Tessier que nous devons la connaissance de la méningite symptomatique des fièvres. Dès 1844, j'ai déposé un mémoire snr ce sujet

pour le concours des prix des hôpitaux. Aujourd'hui des travaux récents d'anatomie pathologique viennent de toutes parts confirmer cette vérité, que le *délire fébrile* est presque toujours lié à une méningite symptomatique.

La méningite symptomatique de la scrofule occupe toujours la base du cerveau ; elle est tellement fréquente que nous lui consacrerons un chapitre spécial. C'est encore une méningite scrofuleuse que celle qui se développe par suite d'une carie du rocher.

Nous avons dit que la méningite était caractérisée anatomiquement par l'inflammation de l'arachnoïde, de la pie-mère et de la couche superficielle du cerveau. C'est qu'en effet, dans les autopsies de malades qui succombent à la méningite, on trouve des signes évidents d'inflammation dans les deux méninges et dans la couche superficielle du cerveau, et que l'école organicienne enseignait une erreur quand elle décrivait une *arachnitis*, une *piemérite* et une *encéphalite* diffuse superficielle.

La nature ne nous offre pas d'exemples d'inflammation ainsi isolée. Mais en dehors de la méningo-encéphalite on rencontre, surtout dans l'aliénation et l'alcoolisme, une inflammation de la *dure-mère* qu'on a appelé *pachyméningite*. Cette lésion est très-fréquente et présente un grand intérêt parce que les vaisseaux de nouvelle formation qui rampent dans la néo-membrane caractéristique de l'inflammation de la dure-mère se rompent facilement et deviennent ainsi la cause d'hémorrhagies méningées intra-arachnoïdiennes qui se traduisent habituellement par des symptômes de somnolence, de coma et de paralysie diffuse. Nous reviendrons sur la pachyméningite à propos des hémorrhagies méningées.

CHAPITRE PREMIER.

MÉNINGITE ESSENTIELLE

Elle présente trois formes distinctes : la *forme commune*, la *forme convulsive* et la *forme apoplectique*. La *forme chronique* admise par presque tous les auteurs est toujours *symptomatique* de l'*alcoolisme*, de la *syphilis* ou d'une affection cérébrale.

1. Forme commune. — Elle est caractérisée par l'évolution de deux périodes : période d'excitation et de délire, période de coma et de collapsus.

Début.— Cette forme de méningite débute par un mouvement fébrile intense, une céphalalgie atroce et des vomissements. Le mouvement fébrile est ou non précédé de frisson ; le pouls est fort, dur, fréquent; la chaleur est intense, sèche, elle dépasse souvent 40°; la céphalalgie siége dans la région frontale; elle augmente par le mouvement, la lumière et le bruit ; les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bilieux ; ils persistent quelques jours ; ils sont en rapport avec la céphalalgie. Le facies est rouge, animé; la respiration très-accélérée et entrecoupée de soupirs ; il y a une constipation opiniâtre ; la langue est blanche et saburrale; l'insomnie complète ; l'agitation alterne avec la somnolence ; le regard devient fixe : les réponses brèves; et dès le deuxième jour, le délire éclate; d'abord fugitif et tranquille, il devient continu et furieux. Les malades, en proie à une agitation énorme, crient, vocifèrent, cherchent à se lever, à frapper, à mordre; ils ont des hallucinations multiples et changeantes, et on est obligé de les maintenir avec la camisole. La *contracture* des muscles de la nuque et de la mâchoire d'abord, celles des membres ensuite apparaissent déjà. Le mouvement fébrile continue; mais le pouls devient petit et augmente de fréquence ; la langue se sèche et se colore en brun ; les vomissements cessent. La *mort* peut survenir dans cette période, au milieu d'une agitation terrible.

Mais habituellement les malades arrivent à la période de *collapsus*. La somnolence l'emporte sur le délire, et les malades tombent dans un *coma* plus ou moins profond. C'est dans cette période qu'on observe les convulsions et les paralysies ; elles sont habituellement partielles et bornées à la face; mais quelquefois il survient des accès véritables d'éclampsie et des hémiplégies. Les contractures que nous avons déjà signalées, les soubresauts des tendons, la céphalalgie, prennent un plus grand développement. Pendant ce temps, le pouls faiblit, devient irrégulier et se ralentit, pendant que la température se

maintient ou même s'élève encore; la respiration suit la circulation, elle est irrégulière, suspirieuse et rare. Vers la fin du premier septénaire, quelquefois dès le quatrième jour de la maladie, la mort survient, soit par asphyxie, soit dans un coma profond, soit enfin, mais bien plus rarement, dans un accès d'éclampsie; quelquefois enfin on observe un mieux inespéré, interrompu brusquement par le retour des plus mauvais symptômes et par la mort.

Si la *guérison* doit terminer la maladie, ce qui est excessivement rare, la connaissance revient peu à peu et par intervalles; le déliré cesse tout à fait; et le coma est remplacé par un véritable sommeil.

II. Forme convulsive. — Presque exclusivement propre à la première enfance, cette forme s'annonce par du malaise; les enfants sont tristes; ils pleurent sans cesse; bientôt ils sont pris de fièvre et de vomissements; très peu d'heures après, la maladie éclate par une attaque d'éclampsie. Les attaques se succèdent, d'abord rapprochées, puis de plus en plus éloignées; elles sont séparées par des intervalles de coma, avec plaintes; grincements de dents, hémiplégie, contractures; le mouvement fébrile est continu, le pouls très-fréquent; la température excessive, à 39°,5, 40° et même 41°. C'est un bon signe diagnostique pour distinguer la méningite de l'*éclampsie* et des *convulsions uremiques*. La respiration est tellement accélérée qu'elle sert souvent de signe diagnostique; les grands mouvements convulsifs cessent; la paralysie alterne avec des contractures dans les membres, de grands mouvements d'extension, très-lents, presque cataleptiques, puis le coma domine et remplace les autres symptômes. En même temps, la respiration devient gémissante, l'asphyxie commence, et les malades succombent rapidement, presque toujours avant le septième jour, quelquefois après vingt-quatre ou trente-six heures. La *mort* peut encore être plus rapide et survenir pendant une attaque violente de convulsions générales. La *guérison* s'annonce surtout par le retour de la connaissance et par la cessation du mouve-

ment fébrile. Cette forme n'est bien décrite que dans les ouvrages consacrés aux *maladies* de l'enfance.

Méningite apoplectiforme ou *foudroyante*. — Précédée de céphalalgie et de tristesse, cette forme débute brutalement par la perte subite et complète de la connaissance. La respiration est stertoreuse et accélérée; le pouls plein et fréquent; il survient des contractures. La marche de la maladie est continue, et la mort arrive après vingt-quatre ou trente-six heures. Cette forme est fort rare ; il en existe une fort belle observation dans le livre de Parent du Châtelet et Martinet, p. 505.

Anatomie pathologique. — Elle n'a point été étudiée au point de vue des formes. Quand la lésion a achevé son évolution, on trouve la pie-mère distendue par une certaine quantité de pus, formant une couche jaunâtre à la convexité, et se prolongeant plus ou moins sur les faces latérales des hémisphères, gagnant quelquefois la base du cerveau, la face supérieure du cervelet et même le bulbe. Ce pus habituellement concret, membraniforme, siége dans l'espace sous-arachnoïdien. La cavité de l'arachnoïde contient quelquefois des fausses membranes ; les ventricules sont le plus souvent vides ; d'autres fois ils contiennent du pus. La substance cérébrale en contact avec la pie-mère est rouge, ramollie ; quelquefois adhérente. L'examen microscopique fait reconnaître que les capillaires contiennent plus de sang: que les globules sont pressés, entassés les uns sur les autres ; qu'ils sont déformés ; il existe un nombre variable de corpuscules granulés et de corps fusiformes ; enfin, les éléments nerveux sont déformés et plus ou moins détruits. A un degré moins avancé, on ne trouve qu'une rougeur vive et des traînées purulentes le long des vaisseaux.

Etiologie. — L'âge a une influence marquée sur la forme de la maladie. La forme convulsive survient presque exclusivement pendant la première dentition. Le *sexe* masculin est beaucoup plus souvent atteint que le sexe féminin ; les enfants d'aliénés sont plus exposés à cette maladie que les autres.

Les excès alcooliques, l'insolation, la peur, le chagrin, une fatigue musculaire excessive, une longue marche, sont les causes occasionnelles de la méningite.

Traitement. — *Prophylaxie.* — Elle consiste non-seulement à éviter les causes occasionnelles, mais encore, pour les enfants prédisposés, à supprimer pendant la première dentition, le vin, le café et les médications dites toniques : vin de quinquina, huile de foie de morue, préparations ferrugineuses et iodées ; bains salés et excitants.

Traitement de la forme commune. — Les médicaments principaux sont : *belladona*, *hyosciamus*, *stramonium* et *opium*. Tous les quatre correspondent à la céphalalgie, au délire s'aggravant progressivement et remplacé par le coma, aux contractures, aux convulsions, aux paralysies, aux vomissements et à la fièvre. Les trois premiers, qui appartiennent à la même famille botanique, présentent des analogies qui rendent leur choix très-difficile ; nous allons néanmoins essayer de spécifier les indications de chacun d'eux. Ce que nous allons dire ici s'applique aussi au traitement de la méningite symptomatique, puisque l'ensemble des lésions et des symptômes est le même dans tous les cas. Nous ferons une exception pour la méningite tuberculeuse dont le traitement réclame un chapitre à part.

Période du délire. — *Belladona* convient bien à l'ensemble de la maladie : on devra donc l'administrer au début, alors qu'il n'existe encore ni du côté du délire, ni du côté du désordre des mouvements rien qui doive faire préférer un de ses analogues. *Stramonium* devra remplacer *belladona* si la fureur est extrême avec hurlement, impulsion à mordre, pouls petit et fréquent, face d'un rouge brun, roideur tétanique très-prononcée de la nuque, de la mâchoire et des muscles.

Hyosciamus sera préféré si le malade veut continuellement s'échapper, se mettre nu ; s'il voit rouge ; si les convulsions sont éclamptiformes, et si le mouvement fébrile est modéré.

Période de collapsus. — Encore *belladona*, *stramonium* et *opium*.

Le coma avec pâleur de la face et des mains demande *belladona*. Le coma avec rougeur de la face et stertor plus prononcé indique *opium* ou *stramonium*. *Opium*, si la pupille est contractée ; *stramonium*, si elle est dilatée.

Traitement de la forme convulsive. — Aux quatre médicaments précédents il faut ajouter *cicuta virosa*, *æthusa cynapium* et *plumbum*. *Belladona* convient au début et est indiquée par les convulsions alternant avec le coma, la face rouge, les battements violents des carotides.

Stramonium est indiqué contre le coma avec roideur tétanique, face très-rouge ou très-pâle; il convient surtout lorsqu'il y a extension lente et cataleptique d'un membre, respiration accélérée, inspiration suspirieuse, expiration très-courte, tremblement au moindre attouchement, hémiplégie.

Hyosciamus, alternative de coma et d'éclampsie comme *belladona;* expression souriante de la face pendant le coma ; céphalalgie.

Opium. Coma avec face rouge, roideur tétanique, inspiration stertoreuse, pupille contractée.

Æthusa cynapium correspond au coma avec éclampsie, avec mouvement tétaniforme; face bouffie, marbrée de taches rouges, pouls petit, dur et fréquent, avec peau froide. Les lésions correspondent à celle de la méningite non suppurée.

Cicuta correspond à l'éclampsie avec face pâle, coma incomplet ; convulsions commençant par la torsion de la tête vers une épaule.

Plumbum est encore mal connu.

Traitement de la forme apoplectique. — Il faut se rapporter à ce que nous avons dit des indications tirées des différentes variétés du coma, afin de choisir entre *opium*, *stramonium*, *belladona* et *hyosciamus*.

Arnica est aussi indiqué.

L'*Acide hydrocyanique* dont l'action est foudroyante et qui renferme dans sa pathogénesie des symptômes de convulsion et de roideur tétanique est aussi indiqué dans ces cas. Les autres symptômes qui indiquent acide hydrocyanique dans la méningite sont : la céphalalgie avec vomissement, agitation,

pouls faible, inégal et fréquent, respiration inégale; convulsions de la face et des yeux; convulsions des extrémités; pupilles tantôt dilatées, tantôt rétrécies, obscurcissement de la vue et cécité; délire tantôt gai, tantôt féroce.

CHAPITRE II

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Son véritable nom est méningite scrofuleuse. C'est en effet une affection symptomatique de la scrofule. Elle est caractérisée par l'inflammation des méninges de la base du cerveau, et *habituellement*, mais non toujours, par la formation de granulations dites tuberculeuses; en sorte que la méningite tuberculeuse peut, dans certains cas, parcourir toutes ses périodes sans s'accompagner de tubercules.

Cette affection se présente sous trois formes bien distinctes : la *forme commune* ou régulière, la *forme fébrile* appelée aussi typhoïde, la *forme irrégulière*, incomplète ou latente.

I. Forme commune. — *Prodromes.* — Ils sont fort importants à connaître ; car, si l'on arrive un jour à guérir cette terrible maladie, c'est surtout pendant cette période que le succès sera possible.

Parmi les prodromes, il y en a deux qui sont constants : la perte ou au moins la diminution de l'appétit et un amaigrissement qui atteint le corps et respecte la figure des malades. Les autres prodromes sont : la tristesse, la mélancolie, un caractère beaucoup plus caressant, des distractions, un sommeil troublé, des grincements de dents, des vertiges en se relevant de la position couchée, une démarche titubante, la céphalalgie, des nausées, de la constipation. Quelquefois la maladie semble éclater, puis au bout de quelques jours tout se calme, et le début véritable ne se produit qu'après plusieurs mois.

1re *période.* — Elle se caractérise par une céphalalgie in-

tense, quelquefois atroce, s'aggravant par le mouvement, le bruit et la lumière ; elle siége principalement au front et au synciput; par des vomissements très-fréquents, billieux et alimentaires ; car un certain degré d'appétit persiste quelquefois malgré les vomissements ; par une constipation invincible ; un pouls ralenti, vibrant, irrégulier, s'accélérant facilement; une température élevée, 39°, 40°; un facies haineux et triste, avec le trait sourcilier bien marqué ; une respiration suspirieuse, oubliée ; un sommeil agité la nuit avec tendance à la somnolence le jour. Cette période dure de un à deux septénaires.

2e *période.* — Le passage à la seconde période est marqué par l'établissement de la somnolence. Le regard devient fixe et sans expression, les malades regardent dans le vide, la pupille devient oscillante; il se produit un léger strabisme qui augmente les jours suivants. Quelques malades sont pris par instants d'un délire tranquille, d'une sorte de divagation; de contractures à la nuque et aux mâchoires, plus tard aux extrémités ; puis le pouls s'accélère et la peau prend une chaleur très-variable. Quelques jours s'écoulent encore et tous ces accidents s'accentuent, les malades sont dans un coma entremêlé de délire et quelquefois de cris; il y a des paralysies partielles des paupières, des pupilles, du pharynx, de la vessie surtout; la respiration s'accélère; le pouls est très-fréquent, petit, irrégulier; on observe des accès fébriles violents, pendant lesquels le pouls devient vibrant, la peau très-chaude, colorée, couverte de sueurs; la face présente une immobilité effrayante, la tête renversée en arrière, les yeux entr'ouverts, la sclérotique injectée, la cornée troublée; le coma et les contractures deviennent plus générales; et les malades succombent asphyxiés. Les plus jeunes ont souvent un accès éclamptique terminal. Quelquefois la mort est précédée d'une rémission considérable, pendant laquelle les malades reprennent connaissance. Cette terminaison a lieu du 7e au 21e jour.

Dans certains cas, la durée de la maladie est beaucoup plus longue, parce que la première période se prolonge pendant des semaines. La mort n'arrive alors qu'après 40 et même 60 jours de maladie.

Nous devons signaler encore la marche intermittente des symptômes pendant la première période, marche intermittente qui a conduit à donner le sulfate de quinine, mais toujours sans succès.

Symptômes accessoires. — Nous devons encore citer comme signes diagnostiques : une langue humide et non saburrale ; le ventre qui, loin de se ballonner, s'aplatit de jour en jour et se creuse en forme de bateau ; la rareté des douleurs abdominales ; les diarrhées ultimes. On a signalé comme des crises, des épistaxis, des sueurs abondantes, des éruptions herpétiques. Mais ces symptômes n'amènent aucune amélioration dans l'état des malades.

II. Forme fébrile ou typhoïde. — Elle débute par un mouvement fébrile modéré, avec langue saburrale et diarrhée, en sorte que l'on confond quelquefois cette terrible affection avec une fièvre typhoïde légère ; mais cependant le pouls déjà vibre et présente, aux différents moments de la journée, de grandes différences de fréquence. Le mal de tête est excessif, et les vomissements ont une fréquence qu'on rencontre bien rarement dans la fièvre typhoïde ; enfin la chaleur fébrile ne présente pas l'*échelle ascendente* régulière de cette dernière maladie.

Cette première période, d'apparence douteuse, se prolonge souvent jusqu'au 7e et 9e jour ; puis tout à coup éclatent les symptômes cérébraux propres à la méningite de la base. Quelquefois c'est le strabisme ou la dilatation d'une pupille, ou un mot mis constamment pour un autre dans les réponses du malade qui viennent détruire la sécurité du médecin et lui révéler le véritable diagnostic. En même temps le pouls se ralentit ; puis surviennent successivement la somnolence, les contractures, les paralysies, les accès fébriles, le collapsus et la mort comme dans la forme précédente.

III. Forme irrégulière ou latente. — Cette forme survient comme terminaison de la phthisie ou dans le cours d'une autre affection scrofuleuse ; elle est plus fréquente chez les ma-

lades qui ont eu une pleurésie que chez les autres. L'évolution des symptômes est plus ou moins incomplète. La première période manque à peu près complètement; les malades sont pris de céphalalgie avec vomissements, et presque simultanément d'un délire tranquille, avec une certaine coordination des idées délirantes, comme dans l'aliénation; le strabisme, la dilatation de la pupille, les contractures et les paralysies multiples apparaissent sans autres symptômes précurseurs; d'autres fois tous les symptômes manquent, et l'affection ne se manifeste que par le genre de mort et les lésions cadavériques.

Nous n'avons point signalé de terminaison par la *guérison*, parce que cette terminaison nous semble problématique. Cependant les auteurs ont admis sa possibilité et ont signalé des guérisons précédées d'un écoulement séreux abondant par le nez, les yeux ou les oreilles. Ces faits n'ont pas entraîné notre conviction.

Mais, si la guérison définitive et absolue est un fait contestable, il y a des exemples authentiques de rémission considérable dans tous les symptômes, de guérisons temporaires avec paralysie ou idiotisme persistant; mais presque toujours après un nombre indéterminé de mois ou d'années, la maladie a récidivé et emporté le malade.

Anatomie pathologique. — La lésion principale siége à la base du cerveau. Le chiasma des nerfs optiques, la base du quatrième ventricule, le pont de Varole et la moelle allongée, les scissures de Sylvius sont recouverts d'une gelée tremblotante, sous laquelle on rencontre presque toujours des granulations grises et même des tubercules crus; très-rarement on rencontre du pus liquide, mais souvent des traînées ou des plaques de pus concret. Les ventricules renferment une quantité considérable d'un liquide qui ne contient ni albumine, ni pus, mais qui est quelquefois troublé par une dissolution *post mortem* des parois ventriculaires, et du *septum lucidum*; cet épanchement est caractéristique de la méningite scrofuleuse et lui a mérité le nom d'*hydrocéphale*. On rencontre habituellement des tubercules dans les autres organes et surtout dans les ganglions bronchi-

ques et dans le poumon. Des observations publiées par M. Liouville (*Gazette médicale*, 1870) il résulte que la méningite de la base se propage à la moelle épinière et qu'on trouve dans cet organe et jusqu'à la queue de cheval des granulations tuberculeuses. Cette lésion explique les contractions, les convulsions et les paralysies des muscles qui sont sous la dépendance de la moelle épinière.

Étiologie. — Héréditaire comme toutes les affections scrofuleuses, la méningite de la base sévit plus particulièrement quand la phthisie et la folie se trouvent réunies chez les ascendants. Elle frappe quelquefois tous les enfants d'une famille; elle se développe surtout de quatre à sept ans entre les deux dentitions; elle reste fréquente jusqu'à quinze ans et devient rare chez l'adulte; elle atteint plus de garçons que de filles. Cette maladie est fréquente dans la classe riche et aisée; elle est plus rare chez les pauvres. Elle m'a paru résulter principalement d'un régime trop tonique, surtout trop excitant, et d'études précoces chez des enfants scrofuleux. Le vin donné dans le but de fortifier la constitution a, dans plusieurs cas, eu une action évidente sur le développement de la maladie. Cette affection se développe en toutes *saisons;* elle paraît plus fréquente au printemps, et les Européens transportés dans les pays chauds y sont très-exposés.

Traitement. — Camper conseille carrément l'expectation et regarde la méningite tuberculeuse comme absolument incurable. Rappelons-nous cependant que des autopsies ont montré les traces d'une première méningite guérie et que dans d'autres cas les malades succombent sans avoir présenté de granulations tuberculeuses. Dans ces conditions, la guérison n'est pas complètement impossible; on doit donc la tenter. Les livres d'homœopathie confondent généralement la méningite de la base et celle de la convexité et conseillent à peu près les mêmes médicaments. C'est là une erreur radicale; nous nous appuierons pour fixer nos indications uniquement sur les sym-

ptômes de l'inflammation de la base, si différents de ceux de la convexité.

Les deux médicaments qui ont le plus d'analogie avec l'ensemble des symptômes de la méningite tuberculeuse sont : *helleborus niger* et *digitalis*. *Helleborus niger* répond aux symptômes suivants : pouls très-lent, respiration ralentie, irrégulière, avec inspirations profondes ; pupilles tantôt dilatées, tantôt rétrécies ; facies immobile avec rapprochement des sourcils (trait cérébral) ; hémicrânie, douleur de la nuque, céphalalgie violente, qui oblige de rester tranquille, les yeux fermés ; difficulté de penser ; somnolence ; sommeil les yeux entr'ouverts ; raideur de la nuque ; contraction des mâchoires ; tremblement des membres ; nausées et vomissements continuels.

Digitalis comprend, comme prodrome, amaigrissement du corps à mesure que l'esprit se développe. Le pouls et la respiration se rapportent bien à la méningite tuberculeuse ; pouls ralenti, irrégulier, s'accélérant facilement, surtout au moment de la mort ; respiration difficile, lente, profonde. Voici maintenant les autres symptômes : strabisme avec diplopie et pupilles dilatées, contracture de la nuque, somnolence, coma avec vomissements violents et convulsions éclamptiques ; vomissements *opiniâtres*, de bile et d'aliments ; céphalalgie atroce ; hémicrânie, douleur dans l'un des orbites.

Secale cornutum offre aussi un grand nombre de symptômes de la méningite de la base. Pouls ralenti jusqu'à 36 ; respiration suspirieuse ralentie jusqu'à 8 par minute ; vomissements ; céphalalgie ; somnolence ; contractures, convulsions ; paralysie du pharynx et de la langue ; facies hébété et triste.

Iodium et *kalihydriodicum* ont donné des guérisons au moins temporaires ; Niemeyer administre l'iodure de potassium de manière à produire le coryza et l'éruption iodée ; iodium offre un petit nombre de symptômes ; mais ils sont très-caractéristiques ; pouls lent s'accélérant au moindre mouvement : vomissements continuels et *très-opiniâtres ; coma* ; convulsions partielles, principalement de la face. J'ai eu un succès avec *iodium* (t. m.), une goutte pour 200 grammes d'eau, dans un cas tout à fait au début.

Conium maculatum, *cicuta virosa* pourront être essayés. Ils offrent aussi quelques symptômes des lésions de la base du cerveau. Pouls, respiration, pupilles, strabisme, contracture, etc.

Sulfur a été recommandé par un grand nombre d'homœopathes, et on lui a attribué quelques succès ; les symptômes qui peuvent faire choisir ce médicament sont très-peu caractérisés ; le ralentissement du pouls et de la circulation est à peine indiqué, et le symptôme des yeux ne comprend que la dilatation de l'une des pupilles.

Zincum, *plumbum*, *gelseminum sempervirens* ont encore été indiqués par plusieurs auteurs. *Veratrum*, préconisé par le Dr Desterne, ne m'a pas réussi.

Tartarus produit chez les animaux une inflammation des méninges de la base du cerveau ; il pourrait donc être essayé dans la méningite tuberculeuse.

Apis mellifera a été conseillé par plusieurs médecins ; j'ai obtenu avec ce médicament une amélioration peu durable : la constipation a cessé, la céphalalgie a diminué ; mais la marche de la maladie n'a point été arrêtée. Quand il existe du strabisme il faut penser à *belladona*, *hyosciamus*, *stramonium*, indépendamment de *digitalis*.

CHAPITRE III

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

C'est une maladie essentielle, caractérisée par l'inflammation de la pie-mère cérébro-spinale. Cette maladie, habituellement épidémique et contagieuse, s'accompagne d'éruptions qui l'ont fait confondre avec le typhus.

Quelques auteurs considèrent la méningite cérébro-spinale non pas comme une *phlegmasie*, mais comme une *fièvre* ou une *maladie pestilentielle*.

Elle présente quatre formes : forme *commune*, forme *foudroyante*, forme *ataxique*, et forme *bénigne*.

1. Forme commune. — Elle s'annonce par un malaise ac-

compagné de tristesse; des terreurs subites chez les enfants, de la céphalalgie avec ou sans nausées; et une rachialgie déjà bien accusée. La céphalalgie et la rachialgie deviennent atroces; la douleur est surtout intense à la nuque et au sacrum; elle s'irradie dans les membres et immobilise les malades dans le décubitus dorsal. Au bout de quelques heures, le délire commence, devient continu, et s'élève jusqu'à la fureur; en même temps surviennent des vomissements bilieux contenant quelquefois des lombrics. La constipation est opiniâtre; il n'y a pas de fièvre; la peau est naturelle; le pouls est ralenti. Le troisième jour, il y a une rémission considérable de tous les symptômes; cette rémission annonce la fin de la première période.

La deuxième période, appelée aussi *période de réaction*, s'annonce par un mouvement fébrile intense; grande chaleur de la peau; pouls fort, mais ne s'élevant presque jamais au-dessus de 100 pulsations; respiration accélérée, suspirieuse; délire avec fureur et hallucinations; contracture générale et tétanique; opisthotonos, contractures de la nuque, des mâchoires, strabisme; tremblement des membres; convulsions éclamptiformes; pupilles extrêmement resserrées. C'est dans cette période qu'apparaissent des éruptions variées: herpès, taches lenticulaires, pétéchies, éruption morbiliforme.

3e *période*. Collapsus. — Le coma alterne avec le délire; carphologie, soubresaut des tendons; la peau se refroidit, le pouls devient petit, irrégulier, misérable et reste fréquent. Des pétéchies et des hémorrhagies apparaissent, et la *mort* arrive habituellement dans le collapsus, à la fin du premier septénaire; quelquefois elle est précédée d'une rémission apparente, de peu de durée.

Quand la *guérison* doit avoir lieu, le délire et le coma cessent; la connaissance revient, ainsi que le sommeil et l'appétit.

II. Forme foudroyante. — Début brusque; les malades sont frappés au milieu de leurs occupations; une céphalalgie

atroce, des vomissements, un délire furieux qui est bientôt remplacé par le coma, des contractures, des convulsions éclamptiformes, constituent l'ensemble des symptômes de cette forme. D'autres fois, elle débute par un accès apoplectiforme. La marche de la maladie est rapide, la mort arrive dans le collapsus du deuxième au troisième jour : il y a des exemples de mort après six heures de maladie.

III. Forme ataxique. — On pourrait aussi l'appeler *lente prolongée*. Les symptômes de la méningite sont moins accusés et la maladie affecte les allures de la fièvre typhoïde. Le délire consiste dans la typhomanie avec stupeur et somnolence ; les malades marmottent continuellement des paroles sans suite. Le pouls est petit et fréquent ; la peau chaude, la langue et les gencives deviennent fuligineuses ; il y a de la diarrhée et des selles involontaires. Les désordres des mouvements consistent dans des contractures de la nuque, des mâchoires, des extrémités, des tremblements de la langue, des lèvres, des membres, des soubresauts des tendons, de la carphologie. Plus tard, il survient des eschares, des abcès, des pétéchies ; les malades maigrissent considérablement. La maladie marche lentement et se prolonge 90 ou 100 jours. La mort arrive dans le coma ou la syncope. Quand la guérison a lieu, la convalescence est interminable.

Dans toutes les épidémies les auteurs signalent plutôt qu'ils ne décrivent des cas plus ou moins nombreux de *forme bénigne*.

La *lésion* siége dans la *pie-mère cérébro-spinale*, mais principalement à la base du cerveau. Ce siége est parfaitement en rapport avec les symptômes ; et il est le même que dans la *méningite tuberculeuse* avec laquelle la méningite encéphalo-radienne présente quelques rapports,

Dans les cas foudroyants, l'inflammation méningée est caractérisée seulement par un piqueté ecchymotique plus ou moins abondant ; mais, quand la maladie s'est prolongée, on trouve du pus liquide ou concret. On observe en outre une saillie notable des plaques de Peyer, des suppurations diverses :

arthrites, péricardites, pleurésies ; des gangrènes et en particulier celle du pharynx.

Étiologie. — Maladie épidémique et contagieuse, sévissant principalement dans les grandes agglomérations : casernes, bagnes, écoles ; elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin, et elle acquiert plus de gravité après trente ans. Les causes occasionnelles sont les fatigues, les chagrins et les excès.

Traitement. — *Traitement de la forme commune.* — *Opium* est le médicament principal. Chauffard (d'Avignon) l'a prescrit avec succès; il l'employait à très-haute dose, 30 à 40 centigrammes par jour. C'est un médicament tout à fait homœopathique. Il correspond en effet aux symptômes suivants : Mouvement fébrile précédé de ralentissement du pouls et de refroidissement de la peau ; plus tard, le pouls devient fort et fréquent, la peau chaude ; et quand l'empoisonnement se termine par la mort, la peau se refroidit de nouveau ; le pouls devient petit et misérable, et les malades tombent dans le colapsus.

Nous avons vu, en exposant le traitement de la méningite, le caractère du délire, des contractures, des convulsions et du coma produit par l'opium. Ces symptômes se rapportent beaucoup à ceux de la méningite cérébro-spinale.

Nous ne reviendrons pas non plus sur les indications des trois solanées qu'on peut relire au chapitre précédent. *Agaricus muscarius* est indiqué par le délire, la somnolence, mais surtout par la céphalalgie et la rachialgie s'irradiant dans les membres et par le ralentissement du pouls.

Nux vomica est indiqué par les symptômes de contracture générale avec secousses tétaniques ; par la rachialgie qui s'exaspère au moindre mouvement ; le délire, la somnolence et la pupille resserrée.

Traitement de la forme ataxique. — Dans la première période, même traitement que pour la forme commune. Dans cette *forme*

lente et prolongée, *stramonium* est indiqué surtout par la contracture, par les tremblements de la langue et des membres; par la suppression des évacuations et le ballonnement : par la paralysie du pharynx.

Phosphorus est indiqué par l'ensemble des symptômes qui constituent l'apparence typhoïde : stupeur, langue et dents fuligineuses, fièvre continue, diarrhée, hémorrhagies, etc. *Phosphorus* possède encore un symptôme qui se rapporte au début de la maladie : rachialgie avec douleurs fulgurantes dans les membres.

Arsenicum dont la spécialité pour les affections de la moelle épinière est marquée par la rachialgie avec propagation des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs fulgurantes dans les membres, est indiqué par les symptômes généraux énumérés déjà bien des fois et qu'on retrouvera à l'histoire de la fièvre typhoïde.

Opium et *stramonium* sont indiqués dans le traitement de la *forme foudroyante ;* le rétrécissement ou la dilatation des pupilles fixent le choix du médicament.

Gelseminum. Céphalalgie pesante et vertiges. Désordre très-marqué de la faculté d'accommodation. Diplopie et strabisme. Difficulté de parler et d'écrire, perte de la mémoire des mots. Il a été recommandé et employé avec succès en Amérique dans la méningite cérébrale épidémique.

R. Hughes prétend qu'*atropina* s'est acquis une grande réputation dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Il résulte d'un mémoire sur la méningite purulente épidémique (Paris 1852), du Dr Béchet, que l'ipécacuanha est véritablement spécifique pendant la période d'invasion.

Veratrum viride. Il paraît précieux dans la méningite cérébro-spinale d'après R. Hughes.

CHAPITRE IV

ENCÉPHALITE

Maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation d'une portion *circonscrite* de la pulpe cérébrale. Nous n'entendons décrire, sous le nom d'*encéphalite essentielle*, ni la *péri-encéphalite diffuse* symptomatique de la *paralysie générale;* ni les inflammations qui se développent autour des tumeurs cérébrales ou des foyers apoplectiques, ni même les noyaux d'encéphalite qui surviennent comme symptômes dans le cours de la fièvre typhoïde, de la diathèse purulente et des fièvres éruptives.

Longtemps confondue avec la méningite et l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite n'est pas suffisamment distinguée du ramollissement par oblitération artérielle, et nous prévenons que la description qui suit pourra être modifiée par les progrès ultérieurs de l'anatomie pathologique du cerveau.

Les observations nombreuses d'encéphalite que nous avons analysées peuvent se diviser en cinq formes distinctes : *forme commune*, *forme apoplectique*, *forme hémiplégique*, *forme délirante*, Rappelons qu'ici, comme pour l'hémorrhagie cérébrale, la variété du siége explique en partie la variété des symptômes.

I. Forme commune. — Elle présente trois périodes, dont la succession est importante à considérer pour la distinction de l'encéphalite et de l'hémorrhagie cérébrale.

Le *début* s'annonce par de la céphalalgie, de l'excitation cérébrale, de l'insomnie, des accès de tremblements convulsifs, quelquefois de la névralgie faciale.

Période apoplectique. — Elle s'annonce par des vertiges, de la somnolence qui dégénère rapidement, mais non subitement, en une perte complète de la connaissance, avec hémiplégie et contracture, respiration stertoreuse ; pouls accéléré, à 80 et 100 pulsations, fort et grand. On a observé des cas dans lesquels le pouls était à 72, 76 les premiers jours. La température est

toujours élevée, 39°, 40°, 41°, 42°. Elle est souvent plus forte le soir que le matin et présente une sorte d'intermittence. Ces symptômes sont toujours accompagnés de vomissements.

2e *période*. — Caractérisée par le retour plus ou moins complet de la connaissance. Les malades accusent une douleur fixe en un point du crâne, douleur qui s'irradie dans les membres alternance de paralysie et de contracture ; dilatation des pupilles, quelquefois cécité ; délire habituellement tranquille, quelquefois agité ; pouls fréquent, mais petit ; quelquefois accès fébriles intermittents.

3e *période ou de collapsus*. — Le coma revient ; stertor, résolution des membres, paralysie du pharynx et de la vessie, asphyxie progressive, et mort. On a noté de l'érythème et des bulles sur les fesses, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, c'est le signe pronostic d'un mort prochaine.

II. Forme apoplectique. — Perte rapide, mais progressive, de la connaissance et du mouvement, résolution des membres, mort rapide. Le pouls est fort et fréquent ou il le devient rapidement. La température est très-élevée (40° et 41°) ; il n'y a jamais de syncope comme dans l'hémorrhagie cérébrale abondante. Si la protubérance est le siége de la lésion, le pouls est ralenti et irrégulier.

III. Forme hémiplégique. — Elle est mieux connue que les autres ; elle débute par un vertige plus ou moins fort avec une hémiplégie qui, après des alternatives de mieux et de plus mal, finit par devenir complète. Cette hémiplégie est mélangée de contractures et s'accompagne quelquefois d'une augmentation excessive de la sensibilité. Il existe un mouvement fébrile marqué. La contracture et l'accélération du pouls peuvent faire absolument défaut.

Si cette forme doit se terminer par la guérison, la paralysie diminue très-lentement ; rarement elle disparaît tout à fait ; si au contraire la mort est la terminaison de la maladie, le coma

s'établit plus ou moins rapidement, s'accompagne de convulsions, et est suivi de résolution et d'asphyxie.

IV. Forme convulsive. — Presque exclusive à l'enfance et presque impossible à distinguer de la méningite cérébrale, elle est caractérisée par des attaques d'éclampsie avec perte complète de la connaissance. L'hémiplégie alterne avec la contracture et coïncide avec des convulsions éclamptiques du côté opposé. Il y a un mouvement fébrile continu. Les malades tombent rapidement dans le collapsus et meurent asphyxiés.

V. Forme délirante, *ataxique* de Durand-Fardel. — Elle siége dans les circonvolutions. Cette forme est caractérisée par l'agitation, le trouble des idées, puis le délire avec fièvre. A cet état succèdent plus ou moins vite des contractures ou des accès convulsifs ; la paralysie manque habituellement. A la suite des accès convulsifs surviennent le coma, l'asphyxie et la mort.

L'encéphalite de forme commune parcourt ses périodes en un à trois septénaires ; les formes foudroyante, convulsive et délirante peuvent se terminer par la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; la forme hémiplégique est beaucoup plus longue, surtout quand elle se termine par la guérison. Cette terminaison a été constatée par des autopsies qui ont fait connaître le mode de résolution et de cicatrisation des foyer d'encéphalite.

Anatomie pathologique. — La lésion de l'encéphalite présente quatre périodes pour son évolution complète.

Dans la première période on trouve des noyaux variables de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. La substance cérébrale est tuméfiée, dure, friable, rouge, plus ou moins hortensia; elle présente souvent de petites ecchymoses d'inégale grandeur.

A un degré plus avancé, la substance cérébrale est ramollie, d'un jaune pâle ou verdâtre, présentant de larges ecchymoses ou de petites collections purulentes; plus tard enfin, on trouve

un abcès complètement enkysté; il y a quelquefois plusieurs abcès. (*Mouvement médical*, 10[e] année, n° 8, p. 18). Si le malade guérit, on trouve une véritable cicatrice déprimée et dure; quelquefois la cicatrice est incomplète, la partie liquide du pus est absorbée, et l'abcès est transformé en une sorte de dépôt calcaire. D'autres fois enfin, on trouve dans les mailles d'un tissu cellulaire nouveau un liquide analogue à du lait de chaux. Le microscope permet de reconnaître dans la lésion de l'encéphalite la déchirure des capillaires, l'épanchement des globules sanguins, la destruction et la transformation des éléments nerveux en graisse, et la formation du pus. Il est hors de doute pour nous qu'on a confondu bon nombre de ramollissements par oblitération artérielle avec des ramollissements inflammatoires, et que cette erreur rend bien incertaine l'histoire de l'encéphalite.

Étiologie. — L'encéphalite est héréditaire; elle frappe les hommes dans une plus grande proportion que les femmes ; elle sévit surtout dans la vieillesse ; cependant Rilliet et Barthez signalent cette maladie dans l'enfance.

Les observations particulières n'offrent aucun renseignement sur les causes occasionnelles de l'encéphalite. Un côté encore à peu près complètement inexploré de la question étiologique consisterait à étudier les rapports de l'encéphalite avec la goutte, les hémorrhoïdes et les affections du cœur.

Traitement. — Cette maladie est encore trop souvent confondue avec la méningite, les hémorrhagies et les ramollissements pour que son traitement soit facile. Indépendamment des *solanées*, de l'*opium* et de l'*arnica* dont on trouvera les indications différentielles aux articles **Méningite** et **Hémorrhagie cérébrale**, nous indiquerons deux autres médicaments : *nux vomica* et *lachesis*. *Nux vomica* est indiquée par les symptômes suivants : accès de fourmillement dans les pieds et dans les mains, nausées, vomissements, anxiété, embarras et stupeur dans la tête, avec chaleur de la face et bourdonnements d'oreille, convulsions toniques, paralysie, assoupissement avec ronflement. L'administration de la noix vomique à haute dose

aggrave manifestement les symptômes d'encéphalite, ce qui est un signe de l'homœopathicité de cette substance. *Lachesis* est indiqué par les accès apoplectiques avec face bleuâtre : alternance de contracture et de paralysie, accès convulsifs, tremblement des membres, coma profond. Les lésions produites par la piqûre du lachesis comprennent le ramollissement du cerveau.

J'ai souvent remplacé avec avantage le *lachesis* par le venin de la vipère. J'administre la 2e ou la 3e trituration centésimale à la dose de 5 centigrammes par jour, en quatre prises. Dans les cas chroniques, je continue le médicament pendant trois semaines; repos de huit jours et reprise.

CHAPITRE V

RAMOLLISSEMENT PAR OBLITÉRATION ARTÉRIELLE

L'étude des *thromboses artérielles* et des *embolies* a jeté un nouveau jour sur l'histoire des *ramollissements du cerveau*, jadis confondus avec les *encéphalites*. On doit donc aujourd'hui décrire sous le nom de *ramollissement cérébral*, une gangrène cérébrale par oblitération artérielle. Seulement, comme le travail de mortification se passe en dehors du contact de l'air, tout se borne à un ramollissement sans décomposition putride, une *nécrobiose* comme on dit aujourd'hui.

Division. — Le ramollissement du cerveau se présente sous deux formes : la *forme apoplectique* et la *forme hémiplégique*.

I. FORME APOPLECTIQUE. — La maladie est ou non précédée de prodromes. Quand l'oblitération artérielle est produite par une *embolie*, il n'y a pas de prodromes, de prodromes cérébraux au moins, car on peut toujours constater les signes d'une affection cardiaque. Donc, dans le cas d'*embolie* l'apoplexie est subite, le malade tombe frappé comme d'un coup de foudre avec perte de la connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Il n'y a pas

de fièvre, et la température ne s'élève pas, signe diagnostique important pour distinguer le ramollissement de l'encéphalite.

Quand il y a des prodromes, et ils sont constants lorsqu'il existe des endartérites des artères du cerveau et que l'oblitération se fait par thromboses, ce sont des céphalalgies dans un point fixe, des vertiges, une diminution de la mémoire et des facultés intellectuelles. Quelquefois des symptômes de paralysie incomplète : difficulté de la parole, engourdissement et faiblesse d'un membre ; quelquefois au contraire les malades présentent des signes d'excitation cérébrale. Après une durée plus ou moins longue de la période prodromique, les malades tombent tout à coup frappés d'apoplexie comme dans le cas précédent.

Les malades peuvent succomber dans le coma après 24 ou 48 heures. Plus rapidement encore si le ramollissement siége dans la protubérance. Mais le plus souvent après 12, 24 ou 48 heures la connaissance reparaît, mais ordinairement le malade reste hémiplégique et presque toujours *aphasique*, quand l'hémiplégie siége du côté droit, parce que la lésion atteint la 3e circonvolution frontale du côté gauche. Pendant la première semaine le malade est exposé à un retour offensif, soit par suite des hémorrhagies qui se produisent par excès de pression dans les artères non oblitérées, soit par une encéphalite developpée autour du foyer de ramollissement. S'il y a hémorrhagie la température s'abaisse ; si au contraire il y a encéphalite la température s'élève. Mais le résultat de l'hémorrhagie comme celui de l'encéphalite est un caggravation de la paralysie et quelquefois un retour des symptômes d'apoplexie et la mort prématurée du malade.

Si le malade doit guérir complètement, cette terminaison heureuse se produit dans les huit premiers jours par destruction du caillot ou rétablissement périphérique de la circulation, mais le plus souvent les malades restent hémiplégiques, vivant ainsi des mois et des années, et succombent, soit à de nouvelles attaques, soit à une maladie intercurrente.

II. FORME HÉMIPLÉGIQUE. — L'hémiplégie se produit sans perte de connaissance ; la paralysie n'est pas subite, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, il lui faut souvent plusieurs

heures pour s'établir complètement. Elle s'accompagne presque toujours de vertiges, d'étourdissement et de céphalalgie.

Quand l'hémiplégie siége à droite, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, elle est due à une embolie ou à un caillot autochtone de l'artère sylvienne gauche, la circonvolution frontale est ramollie et l'hémiplégie s'accompagne d'*aphasie*. L'aphasie est la perte plus ou moins complète de la faculté de la parole sans paralysie de la langue. La concordance entre la *pensée* et certains mouvements coordonnés de la langue n'existe plus ; en sorte que le malade ne peut pas *parler sa pensée*. Cet état s'étend habituellement à la faculté d'écrire et le malade ne peut pas plus *écrire sa pensée* qu'il ne peut la parler. Presque toujours cet état se complique d'un certain degré d'amnésie et les malades oublient plus particulièrement les *noms propres*. L'aphasie présente de nombreux degrés ; depuis le malade qui ne parle pas du tout ou qui n'a qu'un mot à sa disposition, jusqu'à celui qui peut encore soutenir une conversation, mais avec quelques lacunes dans son discours.

L'évolution, la marche, les complications et la terminaison de la forme hémiplégique sont les mêmes que dans la forme apoplectique.

Anatomie pathologique. — Habituellement les artères cérébrales sont le siége d'une endartérite déformante ; une ou plusieurs blanches sont oblitérées, et le département nerveux nourri par les artères est ramolli. Autour de ce ramollissement il est fréquent d'observer, soit les signes de l'encéphalite, soit ceux de l'hémorrhagie cérébrale.

Étiologie. — Les lésions du cœur et des artères sont la condition pathogénique nécessaire au développement de cette affection. La goutte, le rhumatisme, les hémorrhoïdes, l'alcoolisme, l'empoisonnement par le plomb, sont donc les causes pathologiques du ramollissement cérébral par oblitération artérielle.

Les excès, les émotions, les fatigues, sont les causes occasionnelles les plus habituelles.

Traitement.—Le ramollissement, la gangrène et la destruction de la substance cérébrale qui sont la suite de l'oblitération artérielle ne peuvent être l'objet d'un traitement quelconque, la thérapeutique doit seulement s'adresser aux complications. Nous renvoyons donc au traitement de l'*encéphalite* et de l'*hémorrhagie cérébrale*. Néanmoins nous devons indiquer un certain nombre de médicaments qui répondent au symptôme *aphasie;* les médicaments sont : *Colchicum* et *Lycopodium*. *Causticum*, *stramonium*, *oleander*, conseillés par quelques auteurs, conviennent plutôt à la *paralysie de la langue*.

Colchicum, qui est aussi le médicament de la goutte, présente les symptômes suivants : impossibilité de trouver certains mots ; vains efforts pour les prononcer parce que l'intellect perd un peu de sa clarté ordinaire ; trouble de la compréhension et de l'association des idées ; il ne trouve pas les mots pour exprimer ses idées ; en écrivant, il oublie des syllabes, des mots entiers. (Roth.)

Lycopodium. — Ce médicament correspond à la goutte, aux anévrysmes et par conséquent à l'endartérite, il offre des symptômes curieux d'aphasie ; il ne peut trouver les mots pour exprimer ses idées ; il dit *prune* quand il veut dire *poire;* il confond les mots et les syllabes ; il ne peut pas lire parce qu'il ne se rappelle pas la signification des lettres ; il écrit correctement cependant et ne peut lire ce qu'il a écrit. (Roth.)

CHAPITRE VI

CONGESTION ET ANÉMIE CÉRÉBRALES

La congestion cérébrale, caractérisée anatomiquement par un afflux considérable de sang au cerveau et dans ses membranes, présente à l'examen microscopique une augmentation considérable des capillaires ; des globules entassés et pressés dans les vaisseaux et une exsudation séreuse. Cette lésion, commune à un grand nombre de maladies, ne paraît pas, dans

aucun cas, constituer une maladie essentielle. La congestion cérébrale est tantôt accidentelle et rapide dans sa marche, tantôt habituelle et chronique. Ses symptômes varient suivant qu'elle est *générale* ou *partielle*.

La **congestion accidentelle et générale** se traduit à son degré le plus faible par de l'excitation cérébrale, de la lourdeur de tête, du vertige, et un état analogue à celui produit par un commencement d'ivresse. Quand la congestion est très-forte, on observe la perte subite et complète de la connaissance, tantôt avec hémiplégie, tantôt avec convulsion générale. La **congestion partielle** se traduit par une hémiplégie, par des paralysies plus limitées encore, et en particulier par la paralysie d'un œil. La congestion limitée à la protubérance se traduit par une convulsion générale avec perte de connaissance.

Le caractère de ces congestions accidentelles est d'être subites, d'une durée très-courte, de se dissiper en quelques heures ou en quelques jours sans laisser de traces.

Ces congestions surviennent comme symptômes prémonitoires ou concomitants de l'hémorrhagie cérébrale, de l'encéphalite, des tumeurs du cerveau, de la démence, de la paralysie générale, de la goutte, des hémorrhoïdes, de l'albuminurie, du diabète, des affections du cœur, de l'hystérie ; elles constituent le symptôme principal des empoisonnements par l'alcool et les solanées ; l'opium produit, au contraire, l'anémie cérébrale.

La **congestion habituelle** se traduit surtout par des vertiges, de l'hébétude, de la somnolence, de la titubation, de la surdité passagère, des bluettes, de la rougeur de la face et des oreilles, du battement des carotides. C'est la lésion de l'alcoolisme chronique, de la démence, de la paralysie générale, etc.

Anémie. — Des expérimentations modernes, il résulte que l'**anémie** cérébrale, c'est-à-dire l'état inverse de celui que nous venons de décrire, produit des symptômes analogues. Ainsi les hémorrhagies poussées jusqu'à la syncope, produisent la perte de connaissance avec résolution des membres, ou, au contraire, des convulsions générales ; la ligature de toutes les artères du

cerveau, chez les animaux, produirait des symptômes analogues, seulement avec des convulsions plus prononcées. — Ces phénomènes n'ont pas encore reçu une explication satisfaisante. L'*anémie partielle*, déterminée par la ligature d'une seule carotide, par exemple, détermine une hémiplégie. Ce sont là des faits fort importants, mais encore mal déterminés, et qui n'auront toute leur valeur que lorsqu'on pourra distinguer avec certitude les symptômes de l'anémie de ceux de la congestion.

Néanmoins il est bon de noter que l'*anémie complète* ou presque complète du cerveau se traduit en résumé par une *syncope* : perte de connaissance précédée de bourdonnement d'oreille, pâleur de la face, faiblesse des battements du cœur ; pouls rare, petit, absent.

Dans l'anémie incomplète, il existe un *état lypothimique* et une tendance à la syncope. C'est dans cet état particulier que le praticien recherchera les signes distinctifs de la *congestion* et de l'*anémie* cérébrales.

Traitement de la congestion cérébrale. — La prophylaxie consiste à éviter toutes les circonstances qui congestionnent le cerveau ; usage des alcooliques, repas prolongés, sommeil après le repas, efforts intellectuels, surtout après le repas ; insolation, constriction du cou ; tête couchée trop bas. Les médicaments sont tous ceux déjà indiqués à propos de l'encéphalite, de la méningite et des hémorrhagies cérébrales, et en particulier l'*arnica* et la *belladone*.

Traitement de l'anémie cérébrale. — Dans les cas graves, c'est le traitement de la syncope, décubitus complètement horizontal, projection de gouttelettes d'eau froide sur la face, flagellation des joues et des mains ; vin et alcool.

Dans l'anémie à un moindre degré, l'*opium* est le médicament principal.

Contre l'*anémie habituelle*, le régime reconstituant : viande, vin, grand air et le traitement de la maladie dont l'anémie cérébrale est un symptôme.

CHAPITRE VII

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE

C'est une affection caractérisée par un épanchement de sang dans la pulpe du cerveau ; cette affection survient habituellement chez les goutteux, les hémorrhoïdaires ou les dartreux ; on n'a pas encore déterminé par des observations cliniques si l'hémorrhagie pouvait survenir en dehors de toute maladie et, par conséquent, constituer une espèce morbide.

Cette affection se présente sous trois formes : *forme commune, forme hémiplégique*, *forme foudroyante.*

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par une *apoplexie* avec hémiplégie, suivie du retour à la connaissance avec persistance de l'hémiplégie.

Prodromes. — Cette question a été souvent débattue ; mais la confusion de l'encéphalite, de l'hémorrhagie et du ramollissement par l'endoartérite déformante, ôte aux travaux anciens presque toute leur valeur. Rochoux affirme que les prodromes n'ont existé que 6 fois sur 63 cas. Ces symptômes précurseurs sont ceux d'une hémorrhagie imminente : chaleur et battement des artères ; pouls grand et rebondissant Il faut ajouter : vertiges ténébreux, céphalalgie, excitation cérébrale ou somnolence, et surtout un léger embarras de la parole ; mais, le plus souvent, les prodromes n'existent pas, et jamais les malades ne se sont mieux portés qu'au moment de l'attaque.

1re *période.* — Apoplexie. — Le malade tombe foudroyé ; il a perdu subitement la connaissance, le mouvement et le sentiment ; il est dans le coma avec stertor ; le pouls est grand et lent, la température abaissée (36°, 36°,5), la pupille dilatée, le facies habituellement rouge, quelquefois pâle. La paralysie des muscles de la face, jointe à la respiration profonde et suspirieuse, fait qu'à chaque expiration, une joue se distend plus que l'autre, et que l'air s'échappe avec bruit par un des coins

de la bouche; le malade *fume sa pipe*. On constate que la paralysie siége d'un seul côté du corps. Il y a quelquefois paralysie du sphincter et souvent vomissements au début. Dans un grand nombre de cas la face regarde avec persistance du côté opposé à la paralysie, c'est-à-dire du côté de l'hémisphère frappé; les yeux sont déviés dans le même sens. La durée de cette période est de un à six jours.

2e *période*. — Hémiplégique. — La connaissance revient peu à peu; l'intelligence et la mémoire restent un peu altérées; le pouls et la respiration reviennent à leur état normal; la température s'élève (38°, 39°), le sommeil est encore troublé; l'hémiplégie persiste complète ou incomplète : la paralysie occupe les muscles de la face du même côté; et, si le malade tire la langue, elle se dévie du côté paralysé; les traits de la face sont affaissés et immobiles du côté de la paralysie. Le bras est toujours plus paralysé que la jambe. La sensibilité peut être conservée. Les vaso-moteurs sont paralysés du côté de l'hémiplégie et les membres paralysés sont plus rouges et plus chauds que les membres du côté sain.

Arrivée à ce point, l'hémorrhagie cérébrale peut présenter des terminaisons bien diverses.

1° Mort par encéphalite. — Vers la fin du premier septénaire, il survient de la céphalalgie, un mouvement fébrile, puis la paralysie est remplacée par la contracture; on voit alors apparaître de la somnolence, du coma, et les malades succombent rapidement. Le mouvement fébrile s'accompagne d'une élévation de la température du corps, qui peut servir de mesure à la gravité de la maladie, puisqu'elle augmente jusqu'au jour de la mort, 39°, 40°, 41° et plus. Nous devons noter aussi, comme le signe d'une fâcheuse terminaison, l'apparition sur la fesse du côté paralysé d'une tache rouge violacée, suivie bientôt d'une eschare gangréneuse.

2° Mort par une nouvelle hémorrhagie. — Après un rétablissement apparent qui laisse cependant subsister l'hémiplégie, les malades sont pris d'une nouvelle attaque et succombent

rapidement dans le coma; la température s'abaisse de nouveau pendant la seconde attaque.

3° Mort dans l'état cachectique. — Les malades se rétablissent à peu près, mais la paralysie est complète; il survient des eschares, des suppurations profondes, de la fièvre hectique, et les malades succombent dans le marasme et la diarrhée, ou bien ils sont emportés par une maladie intercurrente.

Guérison directe. — L'hémiplégie diminue graduellement; le mouvement revient d'abord dans la jambe, puis dans le bras; la parole est facile, et la guérison peut être complète; mais le plus souvent il reste des traces de paralysie surtout dans le bras.

Guérison après encéphalite. Elle est très-rare : la fièvre cesse; la paralysie remplace la contracture et guérit elle-même, mais fort incomplétement; d'autres fois la contracture persiste toute la vie des malades.

État stationnaire et encéphalite chronique. — Il arrive souvent que la seconde période se prolonge fort longtemps ; puis, après une amélioration insignifiante de la paralysie du membre inférieur, le bras est pris de rétraction musculaire avec douleur très-persistante et céphalalgie habituelle; ou bien l'hémiplégie persiste indéfiniment avec ou sans atrophie musculaire. La vie peut se prolonger ainsi pendant des années; mais habituellement une *récidive* de l'hémorrhagie emporte les malades.

II. Forme foudroyante. — Elle correspond à une hémorrhagie considérable; elle est caractérisée par une apoplexie avec résolution des membres et souvent mouvements convulsifs divers. La mort arrive rapidement et sans que les malades reprennent connaissance. Cette forme a deux variétés, une qui est très-rapide : et l'autre qui présente une rémission après les premiers accidents.

1re *variété*. — Perte subite et complète de la connaissance, du mouvement et du sentiment; résolution des membres ou convulsion générale; face d'abord pâle, mais rapidement rouge et

violacée; pouls grand et lent, mais bientôt petit et insensible; respiration stertoreuse; paralysie des sphincters et du pharynx; déglutition impossible; mort après quelques heures; et quelquefois mort subite.

2e *variété.* — L'attaque est moins rapide; le malade se sent frappé; après l'apoplexie, accompagnée d'hémiplégie, le coma est un peu moins profond, et le malade donne quelques signes de connaissance. Mais cette amélioration se prolonge au plus quelques heures; une nouvelle hémorrhagie se produit, le sang déchire la pulpe cérébrale et pénètre dans les ventricules ou dans l'espace sous-arachnoïdien; le coma augmente, il y a des convulsions générales : les symptômes de la syncope se joignent à ceux du coma; la face pâlit; le pouls est défaillant, la température très-abaissée et la mort survient rapidement.

III. Forme hémiplégique. — Vertiges, puis hémiplégie rapide; la connaissance persiste; au début, il y a seulement un peu d'hébétude avec somnolence. Cette forme présente les différentes terminaisons et les différents accidents décrits à propos de la forme commune. Seulement, ici, les chances de guérison sont plus considérables, parce que la forme hémiplégique correspond à une hémorrhagie très-petite.

Anatomie pathologique. — L'hémorrhagie siége le plus souvent dans le corps strié ou la couche optique; elle peut occuper l'un des lobes du cerveau. La quantité de sang est extrêmement variable. Les grandes hémorrhagies déterminent souvent la rupture des parois ventriculaires ou de la couche corticale. L'hémorrhagie siége du côté opposé à la paralysie. On trouve le sang à des états très-variables, suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'hémorrhagie jusqu'au moment de la mort. Nous ne décrirons pas ce travail d'anatomie pathologique, qui se termine par de petits kystes ou par des cicatrices. Les artères sont très-souvent altérées dans leurs parois. Elles sont athéromateuses; d'autres fois elles présentent des dilatations anévrysmales dans leurs plus petites divisions.

Étiologie. — Plus fréquente chez l'*homme* dans la proportion de 3 à 1, l'hémorrhagie cérébrale éclate surtout après 60 ans. Cependant l'âge critique, chez la femme, fournit beaucoup de cas. — Il y a des observations authentiques d'hémorrhagie cérébrale chez des enfants de 2 à 7 ans. L'influence héréditaire est incontestable. On a décrit un *tempérament apoplectique* dont voici les traits principaux : tête grosse, face rouge, cou court, caractère violent, hémorrhagies fréquentes. Les *saisons* très-froides et très-variables sont favorables à la production de l'hémorrhagie cérébrale. Un régime trop succulent, l'abus des alcools, le chagrin, une vie molle et oisive, l'absence d'exercice prédisposent à cette maladie.

Les *causes occasionnelles* sont : un repas trop copieux, l'ivresse, le coït, un accès violent de colère.

Hémorrhagie de la protubérance. — Elle est souvent foudroyante, convulsive et rapidement mortelle : elle peut être hémiplégique. Voici ses symptômes distinctifs : propulsion en avant ou mouvement de manége, respiration lente, inégale, embarrassée; pouls petit, fréquent, irrégulier.

Hémorrhagie du cervelet. — Souvent foudroyante, elle a pour signes distinctifs : la propulsion en avant et le mouvement de manége; les symptômes des affections de la base du cerveau : vomissements, pouls et respirations irréguliers; hémiplégie quelquefois du même côté que l'hémorrhagie; paralysie de la sensibilité seule; céphalalgie occipitale; érection.

Hémorrhagie du bulbe. — Cette hémorrhagie entraîne souvent la mort subite. Symptômes de la base; érection; vomissements; constipation opiniâtre; pouls ralenti et inégal; respiration suspirieuse. Souvent hémiplégie alterne, c'est-à-dire paralysie d'un côté du corps et du côté opposé à la face, quand le foyer hémorrhagique se trouve au niveau des origines de la 7e paire.

Traitement. — Le prophylaxie, indépendamment d'une hygiène bien entendue, consiste surtout en quelques doses de

belladona ou d'*opium*, suivant les indications, et l'usage du *lachesis* pendant la ménopause.

Pendant la période comateuse, les trois principaux médicaments sont : *belladona*, *opium* et *arnica*. Nous rappelons que *belladona* convient dans le coma avec face plutôt pâle, absence de stertor, pupilles dilatées, pouls petit et fréquent. *Opium* convient dans les circonstances opposées. *Arnica* est moins bien indiqué. Il convient comme médicament favorable dans les hémorrhagies; coma avec évacuations involontaires; hémiplégie. J'ai l'habitude, au début, d'alterner *arnica* avec *belladona* ou *opium*, suivant les indications de ces deux derniers médicaments; une cuillerée toutes les deux heures. Dans la ménopause, il faut songer à *lachesis*. Dans l'*hémiplégie* d'emblée, ou lorsque la période comateuse est passée, *belladona* reste le médicament principal.

Baryta carbonica, *causticum*, *plumbum*, *zincum*, *stannum* sont les principaux médicaments contre l'hémiplégie consécutive. *Vipera torva* à la 3e et à la 2e trituration m'a rendu de très-grands services contre l'hémiplégie.

Belladona et *nux vomica* sont les deux médicaments principaux de l'encéphalite consécution.

Je prescris, pendant l'état aigu, deux gouttes de la 6e dilution pour une potion de 200 grammes.

CHAPITRE VII

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE

C'est une *lésion commune* à des maladies bien diverses. Son siége et la quantité de l'épanchement sont extrêmement variables, d'où des différences très-nombreuses dans les symptômes. Nous décrirons séparément l'*hémorrhagie arachnoïdienne* et l'*hémorrhagie sous-arachnoïdienne*, qui constituent deux états très-distincts.

Hémorrhagie arachnoïdienne, pachyméningite. — Elle existe comme espèce morbide, c'est celle que nous allons décrire, mais elle se présente souvent comme symptôme d'affections cérébrales : *démence, paralysie générale, épilepsie, éclampsie*, et *plaies de tête.* Elle survient encore comme symptôme dans le *purpura hemorrhagica*, la *fièvre typhoïde*, les *fièvres éruptives*, et les *cachexies diverses.*

Il est nécessaire que nous nous expliquions sur la théorie allemande de la *pachyméningite.*

Autrefois les anatomistes ensaignaient que l'arachnoïde formait comme les autres séreuses un sac sans ouverture et qu'elle avait un feuillet vésical et un feuillet pariétal. On a démontré que le feuillet pariétal n'était représenté que par un épithélium reposant sur la face interne de la dure-mère ; qu'il n'y avait donc point, dans cette manière de voir, un sac séreux, mais que les épanchements localisés autrefois dans la cavité arachnoïdienne siégeant entre la dure-mère et l'arachnoïde, étaient *sus-arachnoïdiens.*

De cette nouvelle conception anatomique est née directement cette doctrine que les hémorrhagies arachnoïdiennes étaient des hémorrhagies sus-arachnoïdiennes produites par la circulation de la dure-mère. Puis, comme ces collections sanguines sont fort souvent circonscrites et enkystées par une fausse membrane, est née l'opinion que nous n'hésitons pas à qualifier d'erreur, que toutes les hémorrhagies sus-arachnoïdiennes étaient consécutives à une inflammation pseudo-membraneuse de la dure-mère, à une *pachyméningite.*

Cette opinion est erronée par les raisons suivantes : 1° il y a des autopsies d'hémorrhagies sus-arachnoïdiennes sans trace de fausses membranes ; 2° il y a des hémorrhagies sus-arachnoïdiennes enkystées par des kystes à peine vasculaires ; 3° il y a des observations où toute l'évolution morbide est complète en quelques jours, c'est-à-dire dans un temps qui ne permet pas le développement d'une circulation nouvelle considérable.

Les limites de ce livre ne nous permettent pas une plus longue discussion de ces faits ; nous nous bornerons à émettre des onclusions qui rendent compte de tous les faits :

1° Il existe une inflammation pseudo-membraneuse de la dure-mère, à marche chronique, qui peut devenir la source d'une hémorrhagie interstitielle plus ou moins abondante, c'est la *pachyméningite.*

2° Il existe une hémorrhagie sus-arachnoïdienne primitive sans inflammation pseudso-membraneuse préalable. La mort peut arriver sans que le sang soit enkysté, mais le plus souvent la présence du sang développe une inflammation qui a pour résultat une production pseudo-membraneuse et l'enkystement du sang épanché.

L'hémorrhagie arachnoïdienne essentielle présente trois formes : *forme commune*, *forme paralytique*, *forme convulsive.*

I. — Forme commune. — Elle est caractérisée par la succession de trois périodes : stupeur, délire et coma. Les deux dernières correspondent à la méningite développée par le contact du sang avec les membranes.

1re *période.* — Céphalalgie très-intense, stupeur, somnolence croissante et coma incomplet, avec *pupille contractée* . Cette période, pendant laquelle le pouls est grand et rare, la température abaissée, correspond à l'hémorrhagie et à la compression des circonvolutions. Elle dure de deux à quatre jours.

2e *période.* — Elle est annoncée par les vomissements et la fièvre; elle correspond à la méningite consécutive. Le pouls est petit et fréquent, le délire tranquille. Cette période dure trois à quatre jours.

3e *période.* — Le coma reparaît et s'accroît chaque jour; le mouvement fébrile continue; grande élévation de la température; les paralysies apparaissent : hémiplégie, paralysie des sphincters, des muscles de la déglutition et de la respiration et mort rapide. D'autres fois la paralysie ne touche pas aux muscles respiratoires; alors les malades restent en proie à la fièvre; il survient des eschares, des suppurations, des diarrhées, et les malades succombent après plusieurs semaines; cette terminaison est fort rare.

Variété rémittente. — Elle correspond à des hémorrhagies successives ; il y a des alternatives de coma et de retour à la connaissance. Mais la méningite survient, et la maladie se termine comme d'habitude.

II. Forme hémiplégique. — Céphalalgie intense avec stupeur comme dans la forme précédente ; mais, en plus, hémiplégie rapidement progressive, sans déviation de la langue ; mouvements choréiques dans les membres non paralysés. La méningite se développe ou non. Si elle se développe, il survient des vomissements, un mouvement fébrile, du délire et les symptômes décrits précédemment. Si elle ne se développe pas, l'hémiplégie peut rester stationnaire, ou au contraire diminuer progressivement et la maladie se terminer par guérison. Souvent l'hémiplégie siége du même côté que la lésion.

III. Forme convulsive. — Elle est très-rare. Cependant, dans l'hémorrhagie cérébrale, quand le sang fait irruption dans la cavité arachnoïdienne, les convulsions sont presque constantes. A quoi tient donc la rareté de la forme convulsive dans l'hémorrhagie méningée?

Cette forme correspond à la compression de la protubérance et de la moelle allongée par le sang. Elle se caractérise par des attaques d'éclampsie, alternant avec le coma, des vomissements, du strabisme ; le pouls et la respiration sont irréguliers, la mort est rapide.

Les hémorrhagies méningées symptomatiques revêtent les mêmes formes. Celles qui surviennent pendant le cours de la démence et de la paralysie générale sont souvent convulsives. Les hémorrhagies symptomatiques des maladies non localisées dans le cerveau sont souvent *latentes*.

Hémorrhagie sous-arachnoïdienne. — Ces hémorrhagies, toujours fort abondantes, sont dues à la rupture d'un vaisseau artériel ou veineux. J'ai trouvé une seule observation dans laquelle cette rupture n'avait pas été constatée. Si on ajoute que, d'après les travaux modernes, les dernières divisions artérielles

présentent souvent de nombreuses dilatations anévrysmales, on comprendra que les hémorrhagies arachnoïdiennes soient si souvent dues à une rupture artérielle.

Les symptômes varient un peu suivant la rapidité de l'épanchement sanguin. La maladie débute par une céphalalgie occipitale atroce et des vomissements, puis plus ou moins rapidement une somnolence croissante, interrompue par une attaque d'éclampsie remplacée elle-même par le coma. Le pouls est grand et rare ; la face plus ou moins colorée. Alors, si l'hémorrhagie est abondante, on voit les symptômes de syncope se mêler à ceux du coma ; la face pâlit, le pouls devient misérable, la mort arrive rapidement après douze ou quarante-huit heures de maladie ; par exception la durée se prolonge un septénaire ; mais alors on voit apparaître les symptômes de la méningite consécutive.

Anatomie pathologique. — Dans la première espèce, l'épanchement sanguin a lieu dans la cavité de l'arachnoïde ; la quantité de sang est moindre. Il s'enkyste en déterminant l'inflammation des membranes avec lesquelles il est en contact et subit les diverses transformations propres au sang enkysté. Une opinion récente consiste à attribuer l'hémorrhagie à des vaisseaux nouveaux développés dans une fausse membrane qui précéderait l'hémorrhagie. Nous avons examiné cette opinion au commencement de ce chapitre. Les limites de ce livre ne nous permettent pas de discuter et de réfuter les erreurs de ce qu'on a appelé la *pachyméningite*.

Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, la grande quantité de sang épanché et la mort rapide ne permettent pas habituellement le travail de la formation du kyste.

Etiologie. — Nous aurions à répéter ce que nous avons dit pour l'hémorrhagie cérébrale. Notons seulement l'*ivrognerie* comme une cause plus particulière d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

Traitement. — Nous renvoyons encore au traitement de l'hé-

morrhagie cérébrale et de la méningite. Nous rappelons seulement que *laurocerasus*, *lachesis* et *arnica* conviennent principalement dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, si toutefois il est possible d'enrayer d'aussi formidables accidents.

CHAPITRE IX

HYDROCÉPHALIE

C'est une affection caractérisée par un épanchement d'eau dans la cavité de l'arachnoïde ou dans celles des ventricules ; de là une première division : *hydrocéphalie arachnoïdienne* et *hydrocéphalie ventriculaire*. Cette affection est presque toujours symptomatique ; l'hydrocéphalie arachnoïdienne est la suite et la conclusion d'une hémorrhagie ; l'hydrocéphalie ventriculaire est symptomatique de tumeurs cérébrales, de cachexies, d'albuminuries scarlatineuses, ou autres ; enfin, elle constitue quelquefois une maladie essentielle propre à la première enfance ; c'est celle que nous décrirons.

Hydrocéphalie ventriculaire essentielle. — Cette maladie débute de deux manières différentes, le plus souvent elle procède par des symptômes peu marqués et une marche insensible ; d'autres fois elle affecte les allures d'une maladie aiguë, c'est ce que les auteurs ont appelé : *hydrocéphalie aiguë*.

Début à marche aiguë. — Les enfants sont pris de fièvre et d'agitation ; il y a des vomissements fréquents, mais sans constipation invincible : et un ensemble de symptômes qui rappelle la méningite de la base : dilatation des pupilles et regard fixe ; bâillements et soupirs ; mâchonnement ; éclampsie ; convulsions partielles ; contracture des extrêmités ; grognements ; cris automatiques. Le pouls est dur et fréquent ; la face alternativement rouge et pâle ; il y a de la somnolence. Après une durée d'un ou deux septénaires, il y a une rémission de tous les symptômes, la maladie peut guérir ou reprendre la marche chronique que nous

allons décrire maintenant. Les enfants peuvent-ils succomber dans cette période aiguë? Le fait est encore douteux ; il y a quelques observations qui tendent à le prouver, mais elles sont incomplètes.

Marche chronique. — C'est la plus fréquente ; elle s'établit d'emblée ou succède à la période aiguë que nous venons de décrire.

La marche de la maladie est très-lente et ses progrès presque insensibles. Dans la première enfance, l'accroissement rapide du volume de la tête et un état maladif sont, pendant longtemps, les seuls symptômes appréciables.

Dans un âge plus avancé, les troubles de la vue, l'amblyopie, une démarche mal équilibrée sont aussi des symptômes primitifs.

Quand la maladie est développée, la tête présente un aspect caractéristique. *Avant l'ossification des fontanelles*, la tête prend rapidement un développement énorme et hors de proportion avec la face ; le front est saillant et l'angle facial disparaît ; les orbites sont inclinés en bas, et l'œil se trouve recouvert en partie par la paupière inférieure ; les sutures sont écartées, les fontanelles considérablement agrandies ; les os très-amincis, la tête transparente et fluctuante ; un sillon longitudinal saillant, indique l'espace interpariétal. *Après l'ossification* des fontanelles, le développement du crâne est moins considérable, et il n'y a plus cette disproportion avec la face ; la tête entière est énorme, et dans un degré avancé les sutures tendent à se disjoindre.

Pendant que la tête subit les modifications précédentes, l'agitation cesse, elle est remplacée par la tristesse et l'impassibilité. Immobiles, somnolents, l'œil fixe, la pupille dilatée, les enfants poussent encore quelques cris aigus quand on les change de place ; le strabisme, l'amblyopie et la cécité sont des symptômes de la dernière période, auxquels il faut ajouter des paralysies et des contractures partielles ; et enfin des convulsions éclamptiques. Chez les enfants plus âgés, l'intelligence devient obtuse, mais elle se conserve plus longtemps, ainsi que la parole.

La *mort* arrive de deux manières : quelquefois brusquement

dans une attaque d'éclampsie ; le plus souvent lentement ; la somnolence devient de plus en plus profonde ; le pouls petit, misérable ; coma ; refroidissement et mort.

La *guérison* arrive par la diminution progressive de la tête ; mais elle laisse souvent à sa suite un certain degré d'imbécillité ou de paralysie partielle.

La marche de la maladie présente quelquefois des rémissions considérables.

Anatomie pathologique. — Les ventricules sont énormément dilatés, les communications intra-ventriculaires sont agrandies ; la substance cérébrale qui forme la paroi supérieure est aplatie et durcie ; les circonvolutions sont effacées et le cerveau réduit à un état membraniforme. La base est mieux conservée. Le liquide est séreux, transparent et non albumineux.

Dans l'hydrocéphalie de la cavité arachnoïdienne qui succède à une hémorrhagie, le cerveau est aplati de haut en bas ; le liquide est fortement albumineux et quelquefois sanguinolent. Dans les cas douteux, l'analyse du liquide, après la ponction, fixe le diagnostic.

Etiologie. — C'est surtout une maladie de la première enfance : elle peut cependant se développer aussi pendant la seconde dentition. Les coups et les excitations cérébrales sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Traitement. — Dans la période aiguë il y a quatre médicaments : *belladona*, *helleborus niger*, *arnica* et *apis*.

Belladona est indiqué par les symptômes suivants : face alternativement rouge et pâle ; grognement, cris ; pupilles dilatées ; titubation ; attaques éclamptiques.

Helleborus est indiqué par le regard fixe dans le vide, avec facies pâle et immobile ; yeux à demi fermés, pupilles dilatées, fixées en haut ou en bas ; grognement et cris ; mâchonnement ; pouls ralenti.

Arnica, à l'intérieur et à l'extérieur, serait surtout indiqué dans le cas où il y aurait une cause traumatique.

Apis mellifera, médicament nouveau, est indiqué surtout par la clinique.

2e *période*. — *Mercurius, arsenicum, iodium.*

Mercurius est indiqué par les symptômes suivants: plénitude de la tête, vertiges en se levant, en redressant la tête ; obscurcissement de la vue, avec nausées et besoin de garder la position horizontale ; somnolence, indifférence et tristesse; diminution des facultés intellectuelles; amblyopie, cécité; faiblesse et paralysie des membres; convulsions. Il existe une observation de guérison par *mercurius* précédé de *belladona.*

Arsenicum, médicament de l'hydrocéphalie symptomatique de l'albuminurie. Titubation, faiblesse de la vue, vertige, stupidité, hébétude, somnolence, coma vigil, convulsions, paralysie, sont les symptômes qui indiquent *arsenicum.*

Iodium est un médicament des hydropisies; il est indiqué par: diplopie, amblyopie et strabisme ; marche chancelante et tressaillements convulsifs; convulsions et paralysie; coma. — Il peut être employé en injection; mais à très-petites doses et sous forme d'*eau iodée*. Il y a quelques exemples de guérison. La *compression* de la tête peut être essayée, mais le plus souvent elle n'est pas supportée.

CHAPITRE X

TUMEURS DU CERVEAU

On a coutume de réunir dans un même chapitre l'histoire des tumeurs du cerveau, parce que ces affections présentent des symptômes communs en très-grand nombre et que toutes, à l'exception des tumeurs syphilitiques, sont absolument incurables.

Les tumeurs du cerveau sont dues à des localisations diathésiques et cachectiques ou à des entozoaires ; ce sont des tubercules, des cancers, des exostoses ou des tumeurs syphilitiques,

des *cysticerques* et des *échinocoques;* il faut ajouter les anévrysmes des artères cérébrales.

Le cancer se localise tantôt dans le cerveau, tantôt dans la *dure-mère.* Cette dernière espèce a été décrite sous le nom de *fongus de la dure-mère;* elle présente, dans l'histoire des symptômes, la perforation de la voûte crânienne et l'issue de la tumeur à l'extérieur. Depuis les travaux récents d'anatomie pathologique, on a divisé le cancer en un grand nombre de variétés et on décrit beaucoup de nouvelles tumeurs du cerveau; mais dans un livre comme le nôtre, nous ne pouvons rapporter toutes ces opinions, par cette raison qu'elles sont très-discutables et qu'elles n'ont aucune valeur pratique. Le cancer du cerveau se développe surtout après 40 ans. Le tubercule du cerveau est fréquent dans l'enfance et souvent il se complique de méningite de la base.

Les symptômes communs aux tumeurs du cerveau sont : une *céphalalgie* en un point fixe; des *vomissements* fréquents qui ont pour caractère diagnostique de se manifester principalement dans la position verticale et de cesser pendant le décubitus horizontal; ces vomissements peuvent durer des mois; des *paralysies* tantôt limitées aux nerfs crâniens, tantôt étendues à tout un côté du corps, souvent localisées sur les organes des sens et en particulier sur les yeux; des *impulsions* en avant, en arrière, des mouvements de manége quand la tumeur est située dans le cervelet, la protubérance ou les pédoncules; des *contractures*, des *vertiges*, des *accès convulsifs* éclamptiformes qu'il est impossible de distinguer ces véritables accès d'épilepsie. Les malades périssent soit dans une attaque convulsive, soit plutôt dans un coma progressif. Le diagnostic du siége de la lésion se fait à l'aide d'une analyse physiologique très-complète.

Les *tumeurs syphilitiques* se reconnaissent par les antécédents, par des douleurs violentes, *nocturnes*, ostéocopes; par les symptômes concomitants.

Traitement. — Pour les tumeurs syphilitiques, c'est le traitement de la forme commune arrivée à la 3e période. — Pour

les autres tumeurs, le traitement est palliatif, et les indications seront remplies par les médicaments de l'hémorrhagie cérébrale, de l'encéphalite et de la méningite.

CHAPITRE VI

MIGRAINE

La migraine est une névrose caractérisée par une douleur violente, occupant principalement un des côtés de la tête; accompagnée, dans son complet développement, de nausées et de vomissements; revenant par accès irréguliers.

Cette affection peut être symptomatique de la goutte, des hémorrhoïdes, de la dartre, de la chlorose, de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Elle présente trois formes à étudier: la *forme commune*, la *forme bénigne* et la *forme maligne*.

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par sa marche: les accès deviennent de plus en plus fréquents; les malades sont sujets à des céphalalgies entre les accès; enfin ils tombent dans la migraine habituelle.

Symptômes précurseurs des accès. — Sommeil troublé, rêves, cauchemars, somnolence diurne, anorexie nauséeuse, pesanteur et surtout point douloureux dans la tête, tristesse et irascibilité. D'autres fois la migraine débute sans symptômes précurseurs.

Début. — La céphalalgie commence par un point et occupe bientôt tout un côté de la tête; elle augmente très-rapidement; elle est profonde, semblable à une douleur de meurtrissure, avec des élancements et des pulsations à chaque mouvement; elle s'accompagne de frilosité et de nausées qui augmentent avec la céphalalgie; la face est rouge ou pâle.

L'accès atteint bientôt sa période d'*état*; la douleur est mar-

tclante, pénétrante, excessive; elle occupe toute la tête; le malade est obligé de se coucher, il fuit le bruit et la lumière; il reste immobile et somnolent; la peau est chaude et la face rouge; le pouls quelquefois fébrile. A ce moment se montrent habituellement les vomissements; ils sont symptomatiques ou critiques. Dans ce dernier cas, ils terminent l'accès et annoncent la période de déclin; mais, quand ils sont symptomatiques ils sont nombreux, alimentaires, puis bilieux, et séreux, s'accompagnant de douleurs atroces pendant les efforts qu'ils suscitent et suivis d'un calme relatif qui dure peu.

Période de déclin. — La somnolence augmente, le malade a quelques instants de vrai sommeil qui le soulage; enfin, il s'endort véritablement, et l'accès est terminé. Au réveil il ne reste plus qu'un peu de pesanteur vertigineuse, qui habituellement se dissipe après le premier repas.

Accès avortés. — Il arrive quelquefois qu'une émotion, une distraction forte, un repas, arrêtent la migraine à sa période d'augment.

Dans la *forme commune* les accès se rapprochent; ils viennent tous les mois, tous les quinze jours, puis toutes les semaines; dans l'intervalle des accès, le malade est sujet aux vertiges et aux pesanteurs douloureuses et nauséeuses de la tête; la migraine devient quotidienne; seulement les douleurs sont très-affaiblies, et les grands accès ne reviennent qu'à des époques éloignées. Les malades maigrissent et tombent dans une impressionnabilité nerveuse considérable; le travail intellectuel devient impossible. Cette maladie se prolonge ainsi des années. La guérison naturelle arrive souvent à l'âge du retour chez la femme, après 50 ans chez l'homme; alors les accès s'éloignent, la céphalalgie habituelle disparaît, et la guérison est complète; d'autres fois les malades sont enlevés par une maladie accidentelle, et plus particulièrement par une hémorrhagie cérébrale ou méningée.

II. Forme bénigne. — Se dit de la maladie et non de l'accès,

qui peut être aussi violent que dans la forme commune. Les accès surviennent irrégulièrement à époque éloignée et n'ont aucune tendance à se rapprocher; ils se manifestent presque toujours à l'occasion d'une cause occasionnelle évidente. Ce sont dans le sens du mot des *migraines accidentelles*.

III. FORME MALIGNE. — Accès atroces très-prolongés, devenant bientôt habituels, la douleur se prolonge dans la moelle épinière, dans les plexus, puis dans les nerfs des membres. Arrivée à ce point, la forme maligne détermine l'amaigrissement et un état cachectique véritable; elle alterne avec l'aliénation et d'autres névroses, en particulier des anorexies complètes, absolues, ou des gastralgies; elle finit par amener la mort.

Etiologie. — C'est une maladie héréditaire, propre à l'âge adulte, exceptionnelle chez l'enfant et le vieillard. La migraine essentielle est plus fréquente chez l'homme; la femme est surtout sujette à la migraine hystérique et chlorotique.

C'est la maladie des riches, des hommes de lettres, des savants et des preneurs de café.

Les *causes occasionnelles* les plus fréquentes sont un changement dans l'heure des repas ou du lever, une course à la campagne, une privation de sommeil, une contrariété.

Traitement. — *Sanguinaria canadensis* est le médicament principal; il correspond à l'hémicrânie violente, s'améliorant au lit et par le sommeil, accompagné de *vomissements bilieux*, d'odontalgie, d'otalgie, de douleurs dans les membres, d'élancements électriques dans la tête et de frissons. Les migraines liées à l'apparition des règles, surtout chez les femmes qui ont une menstruation très-abondante, demandent particulièrement sanguinaria.

Nux vomica répond aux mêmes symptômes; il répond surtout aux migraines qui commencent dès le matin, au réveil, et s'annoncent par des vertiges; à celles dont la douleur s'aggrave après les repas. La constipation, des troubles gastriques et une con-

stitution hémorrhoïdaire achèveront de fixer le choix sur ce médicament.

La noix vomique est un médicament très-sûr et j'ai guéri beaucoup de migraines avec lui.

Veratrum. Lorsque les douleurs sont portées jusqu'au délire, et surtout quand elles s'accompagnent de froid et de sueurs froides, d'un état lipothymique, d'urines claires et abondantes.

Calcarea carbonica dans la migraine avec éructations fréquentes, avec sentiment de froid.

Belladona, *coffea*, *pulsatilla*, *sepia*, *gelseminum semper virens* ont encore donné quelques succès.

Les médicaments se prescrivent à la 12e et à la 30e dilution après l'accès deux fois par jour pendant quatre jours ; recommencer après chaque accès. En général, pendant l'accès, les médicaments aggravent la douleur. *Coffea* et *Belladona* cependant la diminuent quelquefois.

D'après R. Hughes : *Iris versicolor* est le « roi des médicaments » pour le *sick Headache* (migraine avec vomissements), il soulage rapidement les vomissements, même dans la forme cérébrale de la maladie, et dans les autres formes, il empêche par son emploi continu le retour des paroxysmes. *Spigelia* a souvent guéri, à des dilutions élevées, l'hémicrânie, et d'autres céphalalgies névralgiques, dans lesquelles la douleur est augmentée par le mouvement, le bruit, et surtout en se baissant. Un des yeux ou même les deux sont en général intéressés dans l'affection.

Stannum s'est montré bienfaisant dans la migraine avec nausées, périodique, d'origine cérébrale plutôt que gastrique ; la douleur augmente graduellement ;les vomissements surviennent quand le mal est arrivé à son summum d'intensité et alors l'affection cède graduellement.

Verbascum a été indiqué par le Dr Muller.

Deris empiriquement a donné, dit-on, de bons résultats.

CHAPITRE X

VERTIGE

Le vertige est un symptôme commun à un grand nombre de maladies ; mais il peut exister isolément et constituer une névrose, dont le *mal de mer* est le type et que l'on décrit souvent sous le nom de *vertigo a stomacho læso*.

Cette maladie essentiellement caractérisée par un sentiment de tournoiement, tantôt simplement intérieur, tantôt extérieur, s'accompagne d'un état nauséeux ; et, à un degré plus élevé, de vomissements, de diarrhées, de sueurs froides, d'un accablement profond avec indifférence à tout et d'un état lipothymique. Si le malade est debout, il chancèle, s'accroche aux objets environnants et quelquefois tombe par terre. Les objets semblent tourner tantôt horizontalement, tantôt verticalement ; la terre semble s'entr'ouvrir et des abîmes se creuser sous les pieds du malade. Couché, le lit se balance et semble tourner. La tendance au vomissement augmente, aussitôt que le malade cherche à se soulever. Cette petite maladie cesse habituellement avec la cause qui l'a produite : en descendant de voiture, en mettant pied à terre ; quand elle vient sans causes extérieures, elle peut se prolonger plusieurs jours, c'est alors qu'elle est décrite habituellement sous la dénomination fort inexacte de *vertigo a stomacho læso*.

Etiologie. — Le mouvement d'un navire, d'une voiture, de la balançoire, de la valse ; la vue de la neige qui tombe, d'une eau courante, de rayures, ou de barres qui se succèdent, sont les causes occasionnelles du vertige ; l'âge critique est une des causes les plus fréquentes des vertiges essentiels.

Traitement. — *Tabacum* est le médicament principal ; il offre le tableau complet de la maladie et réussit presque infailliblement. J'emploie la 6e dilution en gouttes.

Silicea vient ensuite, surtout si le vertige semble remonter de la nuque.

Nux vomica, vertige du matin, augmentant par le coucher sur le dos et après le repas.

Mercurius, *lachesis*, *spigelia*, *cocculus* pourraient encore être conseillés.

Staphysagria. Teste préconise ce médicament pour les vertiges avec nausées, comme ceux de mal de mer et dans les malaises du matin chez les femmes enceintes.

Acide hydrocyanique est indiqué dans le vertige d'après la pathogénésie.

QUATORZIÈME CLASSE

AFFECTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DE SES MEMBRANES

Nous décrirons successivement l'*hémorrhagie méningée*, la *méningite spinale*, les *congestions* et les *anémies spinales*, l'*hémorrhagie de la moelle*, la *myélite*, le *spina bifida* et les *tumeurs* de la moelle épinière.

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RACHIDIENNE

Cette affection est presque toujours symptomatique. On l'observe chez les *nouveau-nés* à la suite d'accouchements laborieux ; après des lésions traumatiques de la colonne vertébrale. Les symptômes qui l'accompagnent sont peu caractérisés dans le premier cas ; dans le second ils sont plus ou moins marqués et mélangés à ceux de la compression et de la déchirure de la moelle elle-même.

On observe encore l'hématorachis dans toutes les maladies où on observe des hémorrhagies multiples, *purpura hæmorrhagica*, fièvres continues et éruptives ; dans le tétanos, l'éclampsie et l'empoisonnement par la strychnine. Enfin, l'hématorachis est encore un accident de la pachyméningite spinale.

L'hémorrhagie méningée rachidienne peut survenir en dehors de ces circonstances et constituer alors une affection plus caractérisée. Le sang s'épanche dans l'espace sous-arachnoïdien, s'accumule de bas en haut, et produit des symptômes bien accusés. C'est d'abord une douleur plus ou moins vive dans la colonne vertébrale, douleur s'irradiant quelquefois dans les membres ; des contractures des extrémités, puis de petites convulsions par *secousses douloureuses*, ressemblant à de gros frissons.

La douleur et les convulsions sont bientôt remplacées par une paralysie plus ou moins complète, plus ou moins étendue.

La fièvre fait défaut; tant que l'hémorrhagie n'atteint pas la partie supérieure de la moelle, la respiration et la circulation ne sont pas troublées, et la vie n'est pas immédiatement menacée; mais, si l'épanchement de sang continue à se faire, la compression de la moelle allongée et du bulbe détermine l'inégalité de la respiration et du pouls; quelquefois des convulsions générales, et dans tous les cas une mort rapide.

Dans l'hématorachis essentielle, la *marche* de la maladie est très-rapide, et la mort a habituellement lieu en quelques heures. Quand l'hémorrhagie reste limitée aux parties inférieures du canal vertébral, la marche de la maladie est plus lente, mais il se développe habituellement une *méningite* qui se termine rapidement par la mort.

L'**Étiologie** de cette maladie est fort obscure.

Le **Traitement** demande principalement *aconitum* et *arnica*. *Lachesis*, *belladona*, *secale cornutum*, pourront être consultés.

L'*Arnica* est le médicament indiqué en première ligne; il correspond à l'hémorrhagie et aux symptômes convulsifs.

Nux vomica qui produit des convulsions spinales avec hémorrhagies méningées, est indiquée si arnica n'a pas produit d'améliorations après quelques heures.

CHAPITRE II

MÉNINGITE RACHIDIENNE

La méningite rachidienne est habituellement une *lésion* produite par une autre maladie. A l'*état aigu* elle est le plus souvent l'extension d'une méningite cérébrale, et fait partie constituante de l'espèce morbide que nous avons décrite sous le nom de *méningite cerébro-spinale*. La méningite rachidienne aiguë

peut encore se développer dans le *mal de Pott* et par l'extension de l'inflammation gangréneuse qui constitue les eschares du sacrum. Le traumatisme, les opérations de spina bifida sont encore des causes de méningite aiguë. Enfin il semble démontré que des excès de fatigue et un froid prolongé ont suffi, dans des cas rares, à produire une méningite rachidienne aiguë essentielle, c'est celle que nous allons décrire.

Quant à la méningite rachidienne chronique, elle constitue, à proprement parler, une question d'*anatomie pathologique* plutôt que de médecine pratique.

On la divise en *pachyméningite externe* quand elle siége en dehors de la dure-mère, elle est habituelle dans le mal de Pott; *pachyméningite interne* quand l'inflammation siége sur la face arachnoïdienne; elle peut, comme dans le cerveau, devenir le siége d'hémorrhagie; *pachyméningite hypertrophique* quand les trois membranes sont enflammées et hypertrophiées, et forment comme un manchon qui étrangle la moelle épinière.

Méningite rachidienne aiguë. — Elle peut constituer une maladie essentielle. La lésion siége alors dans la *pie-mère* et est très-généralisée. Au début, frissons et mouvement fébrile très-marqués; *douleur* le long du rachis, se propageant dans les membres, s'aggravant très-notablement par le mouvement. Les efforts de miction et de défécation réveillent aussi des douleurs dans la vessie, le rectum et la colonne vertébrale. Après la douleur, le symptôme principal est une convulsion tonique générale, revenant par accès, un véritable opisthotonos, qui ne se distingue du tétanos que par la marche de la maladie; l'absence du trismus au début; et aussi parce que les accès sont provoqués par les mouvements de la colonne vertébrale. On a noté encore une hyperesthésie générale qui rend le moindre contact extrêmement douloureux.

Cette maladie se termine habituellement par une *mort* rapide. Cette terminaison est produite comme dans le tétanos, par la contracture trop prolongée des muscles respirateurs. Quelques auteurs prétendent que lorsque la maladie se prolonge, elle se termine par une *paraplégie;* le fait n'est pas démontré.

Cette maladie peut guérir.

Le **Traitement** demande au début *belladona*, puis ensuite les médicaments indiqués au chapitre du *tétanos*.

CHAPITRE III

CONGESTION ET ANÉMIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Ce sont là de simples questions d'anatomie pathologique et de pathogénie dont nous ne dirons que ce qui est absolument nécessaire pour la médecine pratique.

Congestion de la moelle épinière. — L'hyperémie siége habituellement sur les membranes et sur la moelle elle-même ; elle peut aller jusqu'à l'exsudation de sérosité. Cette lésion a été trouvée dans toutes les fièvres graves, mais surtout dans le *tétanos*, l'*éclampsie* et la mort par *asphyxie*. On a décrit comme symptômes de la congestion de la moelle épinière des engourdissements, des contractures, des douleurs, des paralysies. Cette symptomatologie est presque entièrement hypothétique.

Anémie de la moelle épinière. — C'est presque entièrement une question de laboratoire. La ligature de l'aorte et des vertébrales, l'injection de poudres fines dans les artères, la faradisation des rameaux intra-thoraciques du grand sympathique produisent une anémie de la moelle épinière. Quand cette anémie est simple elle détermine la cessation complète des fonctions, c'est-à-dire la paralysie ; quand elle est incomplète, elle produit des phénomènes d'excitations, c'est-à-dire des convulsions. La décompression rapide chez les animaux soumis préalablement à une forte pression atmosphérique, détermine aussi l'oblitération des vertébrales par des bulles d'air et des paraplégies. On pourrait donc attribuer à l'anémie de la moelle les phénomènes de paralysie observés chez l'homme dans des circonstances analogues. Il est probable qu'on doit rapporter à la même

cause, l'anémie spinale, les paralysies qui suivent les grandes hémorrhagies.

Traitement. — Les médicaments indiqués dans la congestion de la moelle sont l'*aconit*, la *belladone*, l'*arnica*, le *tabac*. Dans l'*anémie* je ne ne vois guère que le *secale cornutum* qui puisse produire l'anémie de la moelle et lui être homœopathique. Inutile d'ajouter que l'expérience clinique manque complètement sur ce point.

CHAPITRE VI

HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

C'est une maladie très-rare ; ses symptômes sont assez caractéristiques. Les prodromes, qui ont souvent une durée de plusieurs jours, consistent dans des douleurs rachidiennes plus ou moins intenses ; une douleur occupant la base de la poitrine en forme de ceinture ; d'autres fois il n'y a point de prodromes, et le malade tombe tout à coup frappé de paralysie avec conservation entière de l'intelligence. Cette paralysie s'accompagne d'une douleur intense dans le point de la moelle déchirée par l'épanchement. Les symptômes et la terminaison varient suivant le siége de l'épanchement ; quand l'hémorrhagie a lieu à la région cervicale, et d'un côté seulement de la moelle, la paralysie est bornée au membre supérieur et siége du même côté que la lésion. Si l'hémorrhagie détruit la moelle dans toute son épaisseur il se produit une paraplégie qui remonte plus ou moins haut, suivant la place occupée par la lésion. La paralysie des sphincters, la cessation de la contractilité électrique, l'atrophie musculaire, la formation d'eschares sont en rapport avec le siége de la lésion. Nous renvoyons le lecteur au chapitre des *paraplégies* et des *myélites* pour la physiologie pathologique de ces symptômes ; quand la partie supérieure de la moelle est atteinte, soit primitivement, soit par

extension de l'hémorrhagie, soit par le développement ultérieur d'une myélite; la vie est rapidement compromise, et la mort a lieu par asphyxie et par syncope. L'hémorrhagie de la moelle allongée entraîne habituellement la mort subite. L'absence de fièvre au début de l'hématomyélite est un signe diagnostique d'une grande valeur.

La guérison est possible, elle a été démontrée par des lésions annonçant la résolution d'un foyer apoplectique. Cette guérison se fait par le même mécanisme que dans l'hémorrhagie du cerveau.

Anatomie pathologique. — Le sang est collecté ou infiltré; e tissu médullaire souvent enflammé. Du reste, les phénomènes consécutifs ressemblent à ceux qui se passent dans l'encéphale.

Étiologie. — La maladie est survenue quelquefois à la suite d'efforts violents, par des excès de coït, pendant l'accouchement, après la suppression des règles.

Traitement. — *Arnica* et *belladona* sont les deux principaux médicaments.

CHAPITRE V

MYÉLITE

Aujourd'hui que la *sclerosé* des tissus est généralement considérée comme une *inflammation*, le cadre de la myélite s'est considérablement aggrandi. Ajoutons que l'examen microscopique a fait reconnaître des lésions qui avaient totalement échappé aux médecins au commencement de ce siècle, et l'on comprendra que l'histoire des affections de la moelle soit tout entière à refaire.

Anatomie pathologique. — Suivant la *méthode anatomique*, les inflammations de la moelle se divisent en deux grandes

classes, les *myélites fasciculées* et les *myélites diffuses.* Les unes et les autres peuvent avoir une marche *aiguë* ou une marche *chronique.*

Expliquons nettement ce que c'est qu'une myélite fasciculée et une myélite diffuse.

Les *myélites fasciculées* sont celles qui, localisées sur des cellules nerveuses de même ordre, occupent, en partie ou en totalité, un des cordons de la moelle épinière. On distingue, au point de vue de la lésion, cinq variétés de myélite fasciculée : la *myélite des faisceaux radiculaires postérieurs*, celle des *faisceaux moyens postérieurs* ou faisceaux de Goll, celle des *cordons gris postérieurs*, celle des *faisceaux blancs antéro-latéraux*, celle des *cordons gris* ou *cornes antérieures.* L'inflammation se propage de haut en bas ou de bas en haut et peut occuper les cordons médullaires dans toute leur hauteur et jusque dans le bulbe. Ajoutons que la lésion ne reste pas toujours absolument limitée par la disposition anatomique et qu'il est fréquent d'observer, surtout dans les cas anciens, soit une myélite fasciculée, sur plusieurs cordons à la fois, soit un certain degré de *myélite diffuse* coexistant avec la myélite fasciculée.

Les *myélites diffuses* sont celles qui atteignent à la fois plusieurs ordres de cellules nerveuses et s'étendent indistinctement d'un cordon à l'autre.

La myélite diffuse a été divisée d'après son siége en plusieurs variétés. L'inflammation peut occuper un segment tout entier de la moelle épinière ; ce segment est plus ou moins étendu et, suivant son siége, il constitue les variétés suivantes : *myélite diffuse cervicale*, *cervico-dorsale*, *dorsale*, *dorso-lombaire*, *lombaire*, et chacune de ces variétés peut être *unilatérale*, *centrale*, *périphérique ;* enfin, suivant la marche de la maladie, on distingue encore une *variété ascendante* et une *variété descendante.*

La myélite diffuse peut comme nous l'avons dit compliquer la myélite fasciculée et réciproquement. En effet, quand la lésion occupe toute l'épaisseur de la moelle, elle détermine rapidement une *sclérose fasciculée*, ascendante pour les cordons postérieurs et descendante pour les cordons latéraux.

On a voulu appliquer à la description des inflammations de

la moelle épinière une division que l'on retrouve dans l'histoire des inflammations de presque tous les tissus, et décrire une *myélite parenchymateuse* et une *myélite interstitielle* ou *sclérose* proprement dite. Mais les investigations microscopiques les plus récentes ne permettent pas de maintenir cette division. La *myélite fasciculée* était considérée comme une *myélite parenchymateuse* par cette raison toute théorique, que la limitation de l'inflammation à un seul ordre de cellules nerveuses : cellules grises antérieures, faisceaux radiculaires, par exemple, était une preuve que la lésion siégeait primitivement et principalement dans les cellules nerveuses, dans le parenchyme par conséquent. On s'expliquait au contraire la dissémination de la lésion dans la *myélite diffuse* en la localisant sur les tissus conjonctifs (névroglie) et vasculaires qui se répandent comme une trame organique dans toutes les directions de la moelle ; et on faisait de la myélite diffuse une *myélite interstitielle*. Or, l'examen microscopique a démontré dans la myélite fasciculée une prolifération de la névroglie qui coïncide avec la lésion des cellules nerveuses, et même *dans bien des cas* la lésion de la névroglie, c'est-à-dire la myélite interstitielle peut seule être constatée (voir *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, art. *Moelle* : *Myélite*, et en particulier la page 593 du tome XXII).

Il faut donc renoncer, pour le moment au moins, à distinguer une myélite parenchymenteuse. Maintenant la sclérose de la moelle est-elle toujours une inflammation ? Leyden a soutenu que dans la sclérose l'épaississement de la névroglie loin d'être le produit d'une prolifération inflammatoire n'était qu'*apparente* et que cette apparence était due à l'atrophie des éléments nerveux. On comprend que nous ne pouvons aborder ici cette question, mais nous devions la signaler, pour préparer les esprits à un changement possible dans l'histoire des affections de la moelle épinière.

Description. — La plupart des inflammations de la moelle épinière sont des *affections* qui se rattachent à d'autres maladies : goutte, rhumatisme, cancer, scrofules, syphilis, fièvres continues et éruptives, diphthérie, dysentérie, empoisonnements

par l'arsenic, le plomb, l'alcool, traumatisme. D'autres fois la myélite se rattache directement à une autre inflammation, métrite, néphrite, cystite, etc., c'était la *paraplégie réflexe*, aujourd'hui *myélite* par propagation de l'inflammation. Souvent la myélite n'est qu'une *lésion* qui se rattache directement à une autre lésion du système nerveux ; scléroses ascendantes et descendantes, liées à la destruction de certaines parties du système nerveux, central ou périphérique, ou simplement à l'interruption de l'influx nerveux entre le centre et la périphérie ou entre la périphérie et le centre. Enfin un certain nombre d'inflammations de la moelle épinière se développent sous l'influence des causes banales : froid, fatigue, humidité, etc., sans qu'il soit possible de rattacher leur existence à une autre maladie. Ces inflammations constituent donc des états morbides parfaitement définis et indépendants de toute autre maladie ; ce sont donc des *espèces morbides*. Cette dernière catégorie formera l'objet principal de ce chapitre.

Pour des raisons que nous avons exposées, au chapitre *Névrose*. nous avons décrit dans cette classe la myélite fasciculée des cordons postérieurs, ou *ataxie locomotrice ;* la myélite fasciculée des cordons gris antérieurs à marche chronique, ou *atrophie musculaire progressive ;* la myélite diffuse disséminée ou *sclérose en plaques*. A propos des *paraplégies* nous avons donné la valeur diagnostique des paralysies spinales ou en d'autres termes, nous avons rattaché chaque variété de ce symptôme à une lésion définie. Il nous reste à traiter, dans ce chapitre, de la *myélite aiguë diffuse*, de la *myélite aiguë fasciculée* des *cordons gris antérieurs*, ou *paralysie infantile*, des *myélites choniques diffuses*, enfin de la myélite fasciculée des faisceaux antéro-latéraux avec extension aux cornes grises antérieures, ou *sclerose latérale amyotrophique* de Charcot.

Myélites aiguës. — **Myélite diffuse aiguë.** — La myélite diffuse présente des variétés en rapport avec le *siége* et la *marche* de la lésion; on distingue donc des myélites *dorsale, cervicale, lombaire, unilatérale ;* ces myélites sont *circonscrites* ou *envahissantes*. Les différences de l'âge ne constituent pas des *formes*

différentes de maladie mais seulement des *variétés*, et la différence des symptômes est directement et absolument en rapport avec la différence des siéges. Nous aurons donc après avoir décrit la variété la plus commune, la *myélite diffuse aiguë dorsale*, à indiquer les différences qui se rattachent au siége de la lésion.

1re *variété.* — **Myélite diffuse aiguë dorsale.** — Le début est habituellement brusque et le malade est frappé d'une véritable *apoplexie spinale.* Quand il existe des *prodromes*, ce sont des fourmillements dans les membres, et quelquefois un certain degré d'affaiblissement. Chez quelques malades, on observe des douleurs très-aiguës dans les reins et dans les membres inférieurs ; mais, je le répète, le plus souvent les prodromes sont insignifiants et le malade est brusquement frappé d'une paraplégie complète avec anesthésie et rétention d'urine. Un mouvement fébrile encore très-mal étudié, marque le début de la myélite, et sert à la distinguer de l'hémorrhagie.

La paralysie est absolue et elle porte à la fois sur les mouvements et sur la sensibilité, la vessie est paralysée, mais il n'y a pas incontinence d'urine dans la variété dorsale et il faut sonder le malade ; les mouvements réflexes sont exagérés comme toutes les fois que l'influence cérébrale est supprimée ; le chatouillement de la plante des pieds, produit des mouvements dans les deux membres, ces mouvements peuvent être convulsifs (épilepsie spinale), ils durent seulement quelques secondes.

La *contractilité électrique* est détruite seulement dans les muscles animés par les nerfs qui naissent du point malade ; elle est conservée dans les autres muscles paralysés, tant que l'inflammation n'a pas atteint le renflement lombaire. En général, cette maladie ne s'accompagne pas de douleur, cependant on note quelquefois des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture qui sont en rapport avec l'irritation des cordons postérieurs. La méningite concomitante se traduit par des douleurs dans le point malade, douleurs qui s'aggravent par la pression sur les apophyses épineuses.

Mais la maladie ne reste pas longtemps dans cet état de sim-

plicité, l'œdème des membres paralysés et surtout les eschares viennent dès la *fin de la première semaine* imprimer un caractère profond de gravité à la situation. Ces eschares qui sont en rapport avec la paralysie des vaso-moteurs, et une augmentation de chaleur dans les parties paralysées, se montrent d'abord au sacrum ; elles peuvent aussi apparaître aux talons, aux malléoles et au grand trochanter ; une plaque rouge, d'autres fois livide, surmontée d'une ou plusieurs phlyctènes, remplies de sérosité noirâtre, annonce le début de la gangrène ; l'épiderme se rompt et laisse à découvert une ulcération noirâtre qui s'étend chaque jour. Des eschares plus ou moins étendues, une inflammation éliminatrice qui peut s'étendre jusqu'à l'os et entraîner sa nécrose ; une suppuration abondante ; une fièvre hectique en rapport avec cette suppuration : telles sont les suites des eschares de la myélite. Si on joint à cela la cystite purulente déterminée par la rétention d'urine et la nécessité d'un cathétérisme biquotidien, on aura un tableau complet de la maladie, souvent dès la seconde semaine en même temps qu'une juste idée de son excessive gravité.

La mort peut arriver par la complication d'inflammation des organes urinaires ou par la fièvre qui résulte des inflammations et des suppurations gangréneuses du sacrum ; elle peut avoir lieu par extension de la myélite à la région cervicale et à celle du bulbe et par l'asphyxie qui résulte de la suppression des centres respiratoires.

La guérison est possible ; elle s'annonce par le retour de la contraction de la vessie et l'élimination des eschares ; le sentiment et le mouvement reparaissent peu à peu dans les parties paralysées. La guérison peut être incomplète ; les malades restent paralysées jusqu'à un certain degré et infirmes.

Dans ce cas, les *rechutes* sont faciles. Pierret a rapporté un cas dans lequel trois rechutes ont eu lieu en six mois.

Quand un segment entier de la moelle n'est pas envahi, le cas est moins grave ; la sensibilité et la motilité peuvent être conservées en partie. Si la lésion est *unilatérale*, le mouvement est aboli du côté de la lésion et la sensibilité est abolie du côté opposé ; c'est là le caractère distinctif de l'*hémiplégie spinale*.

Quand les méninges sont fortement atteintes, les douleurs, les hyperesthésies, la raideur et les contractures viennent se joindre aux autres symptômes.

2° *variété.* — **Myélite aiguë cervicale.** — Cette variété présente habituellement certains caractères spéciaux qui tiennent à la coïncidence de la méningite et à la destruction du noyau d'origine de certains nerfs ; ainsi la contracture des muscles du cou et la douleur de cette région pourraient faire penser à un torticoli. Si les noyaux d'origine du sympathique sont atteints, on observe la contraction des pupilles et la dilatation des vaisseaux de la face ; si l'inflammation atteint les centres respiratoire et cardiaque, la respiration est gênée, le pouls ralenti; quelquefois on a observé des *arthropathies*, analogues à celles de l'ataxie ; mais elles ont un siége spécial, ce sont les articulations des doigts et des poignets qui sont atteintes. Enfin il peut arriver que la paralysie soit bornée aux membres supérieurs ; ce cas a lieu quand les faisceaux blancs antéro-latéraux sont épargnés par l'inflammation. Mais, dans ce cas, il y a perte de la contractilité électrique et des mouvements réflexes dans les muscles paralysés et l'atrophie de ces muscles arrive très-rapidement, parce que l'inflammation siége dans les noyaux gris, où les nerfs du plexus brachial prennent leur origine.

3° *variété.* — **Myélite diffuse aiguë lombaire.** — Elle se distingue de la myélite dorsale par la suppression des mouvements réflexes, de la contractilité électrique et par une atrophie rapide des muscles. L'incontinence d'urine est complète, parce que les muscles de l'urèthre et le sphincter de la vessie sont paralysés. Nous avons vu que lorsque la lésion siégeait à la région dorsale, il y avait rétention. Dans ce cas, le sphincter animé par le renflement lombaire restait contracté, et comme l'incitation volontaire ne lui était plus transmise, et que les fibres musculaires de la vessie étaient paralysées, il en résultait une rétention d'urine. La paralysie du sphincter par l'extension de la myélite à la région lombaire explique comment l'incontinenc succède dans ces cas à la rétention.

4e *variété.* — **Myélite envahissante.** — Elle est le plus souvent *ascendante* que *descendante;* un certain nombre d'observations nous portent à croire qu'elle constituerait une *variété suraiguë*, rapidement mortelle par la destruction des noyaux qui président à la respiration et à la circulation. Dans ce cas, à l'autopsie, la moelle paraît saine et c'est seulement l'examen microscopique qui permet de constater la myélite. La plupart des cas décrits sous le nom de *paralysies ascendantes aiguës* appartiennent à cette variété de myélite. La maladie débute par la région dorso-lombaire et s'étend rapidement jusqu'au bulbe. Les contractures, les convulsions, les anesthésies, les atrophies, les eschares sont en rapport avec les points atteints dans l'épaisseur de la moelle.

Myélites fasciculées. — La *myélite fasciculee aiguë des cordons gris antérieurs*, encore dénommée *myélite aiguë des cornes antérieures*, *téphro-myélite aiguë antérieure parenchymateuse*, présente deux variétés : celle qui se développe dans l'enfance, c'est la *paralysie infantile*, et celle qui se développe dans l'âge adulte, *paralysie spinale aiguë*. La forme *chronique* de cette myélite constitue l'*atrophie musculaire progressive* déjà décrite à propos des névroses.

1re *variété.* — **Paralysie essentielle de l'enfance.** — Cette maladie se développe habituellement pendant la première dentition, de un à deux ans; elle peut cependant se montrer peu de jours après la naissance. On ne l'observe pas après quatre ans ; elle ne paraît pas être héréditaire comme les autres myélites.

La maladie débute par un mouvement fébrile intense, quelquefois par des convulsions et des contractures. La paraplégie peut être complète d'emblée ou localisée ; paraplégie des membres inférieurs, hémiplégie, paralysie d'un seul membre ; quelquefois elle atteint successivement plusieurs membres et se complète en plusieurs accès ; toujours la paralysie s'accompagne de la cessation de la contractilité électrique et de la contractilité réflexe, toujours l'atrophie musculaire et le refroidissement se montrent rapidement, elle ne s'accompagne jamais d'anesthésie

ni de paralysie de la vessie ou du rectum. Jamais il ne se produit d'eschare ; c'est donc une forme très-bien caractérisée.

La fièvre cesse au bout de quelques jours ; et après quelques semaines, la maladie entre dans sa période de de réparation. Le mouvement reparaît dans un certain nombre de muscles paralysés ; ceux qui restent paralysés s'atrophient de plus en plus et il en résulte des déformations et des infirmités incurables; la plus fréquente est la formation d'un *pied bot varus-équin*, la paralysie d'un membre ou d'un segment de membre ; tantôt les muscles atrophiés disparaissent, tantôt ils sont remplacés par une quantité énorme de graisse.

2e *variété.* — Paralysie spinale aiguë. — La myélite aiguë des faisceaux gris antérieurs se développe quelquefois chez l'adulte et a été décrite par le nom de *paralysie spinale aiguë*, elle reconnaît pour cause une fatigue musculaire excessive ou un refroidissement. Nous en avons observé un cas dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. La guérison a été complète.

Cette variété débute par un mouvement fébrile et suit la même marche que la paralysie infantile ; comme elle, elle est susceptible de guérison complète ou partielle.

Anatomie pathologique. — Dans la myélite circonscrite on trouve le plus souvent le segment malade ramolli et mélangé de sang épanché, c'est le *ramollissement rouge*, quelquefois il existe des portions indurées, mais friables. Plus tard le sang est résorbé ; le ramollissement devient jaunâtre ; puis gris ; très-rarement il y a formation de pus ; il existe toujours un certain degré de méningite.

L'examen microscopique permet de reconnaître les lésions des capillaires, du tissu connectif et du tissu nerveux. Les capillaires sont remplis de sang ; leur gaîne contient des globules du sang, des leucocytes et un exsudat granuleux que l'on retrouve autour des éléments nerveux. Le névrilème est épaissi et en voie de prolifération. Les tubes nerveux sont irrégulièrement tuméfiés ; cette tuméfaction porte principalement sur le

cylinder-axis; les cellules se déforment, s'atrophient et on observe rapidement la dégénérescence graisseuse. Plus la lésion avance et plus la sclérose est prononcée; elle se caractérise par la néoplasie du tissu conjonctif et par l'atrophie et la dégénérescence graisseuse du tissu nerveux.

Dans l'inflammation fasciculée des cordons gris antérieurs, la lésion semble débuter par l'élément nerveux et s'étendre ensuite à la névroglie ; la lésion aboutit dans certains points à une atrophie qu'on a distinguée en *pigmentaire* ou *scléreuse*, suivant qu'il se faisait ou non un amas de pigment dans les cellules nerveuses.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un certain degré de myélite interstitielle peut compliquer la myélite fasciculée.

MYÉLITE CHRONIQUE. — Comme les précédentes elle se divise en *myélite chronique diffuse* et *myélite chronique fasciculée*.

Myélite chronique diffuse. — Il n'est pas démontré que cette inflammation de la moelle épinière existe jamais à titre de maladie essentielle. Les observations cliniques que nous possédons nous montrent cette inflammation, tantôt comme une seconde période de la myélite aiguë, tantôt comme une inflammation *par propagation*, myélites symptomatiques des *affections urinaires* ou des *affections utérines;* tantôt comme le symptôme d'une *tumeur* ou d'une *carie* vertébrale. Enfin elle survient comme un symptôme grave, des empoisonnements par l'*arsenic* et par le *plomb* et principalement dans l'*alcoolisme*.

Les *symptômes* varient avec les parties de la moelle affectée et nous n'avons pas à revenir ici sur ce que nous avons écrit dans le paragraphe précédent.

Ces symptômes varient encore avec les maladies dont la myélite est une dépendance, mais l'étude clinique des maladies de la moelle n'est pas encore assez avancée pour que nous puissions préciser ces différences.

Nous avons décrit précédemment au chapitre des *névroses*, la *sclérose en plaques*, qui est une forme bien définie de la myélite chronique diffuse; nous avons aussi décrit l'*atrophie musculaire*

progressive ou *myélite chronique fasciculée des cordons gris antérieurs;* nous avons à l'article *paraplégie* donné les symptômes qui sont liés aux lésions des différents cordons de la moelle, il ne nous reste donc plus à décrire que la myélite fasciculée chronique des faisceaux latéraux avec extension au cordon gris antérieur, c'est la sclérose latérale amyotrophique et la myélite fasciculée, bornée aux faisceaux latéraux, appelée encore *tabes dorsal spasmodique*.

Sclérose latérale amyotrophique. — D'après Hallopeau (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXII, p. 668), cette myélite débute généralement par l'un des membres supérieurs, elle s'accompagne des contractions et d'un tremblement comparable à celui de la sclérose en plaque; l'atrophie musculaire est son caractère dominant. Cette attrophie ne se localise pas sur certains muscles comme dans l'atrophie musculaire progressive, mais elle atteint tous les muscles d'un membre. L'affection gagne l'autre bras, puis les membres inférieurs; là, l'atrophie musculaire et les contractures donnent aux malades des attitudes particulières et caractéristiques; le bras est appliqué le long du corps, et résiste à la main qui veut le déplacer; l'avant-bras est demi-fléchi et dans la pronation; les doigts sont fléchis et à divers degrés.

La maladie se termine par les phénomènes *bulbaires*. On voit apparaître tous les symptômes de la paralysie *labio glosso pharyngée*, et les malades succombent par inanition, syncope ou asphyxie.

Myélite fasciculée chronique des faisceaux latéraux.— Cette myélite, improprement appelée par Charcot *tabes dorsal spasmodique*, l'expression spasmodique étant habituellement attribuée à des affections sans lésions, a été décrite d'abord par le docteur Erle.

Le début de cette myélite est uniquement marqué par une faiblesse, une demi-paralysie des membres inférieurs. Le malade se fatigue vite. La faiblesse peut être plus marquée sur un membre que sur l'autre. A ces symptômes de paralysie viennent

bientôt se joindre les spasmes musculaires caractéristiques de cette variété de myélite. Ces spasmes consistent d'abord en une rigidité surtout dans le sens de l'extension et de l'adduction qui survient par accès, soit dans le lit, soit plutôt au moment où le malade sort du lit. A cette rigidité s'ajoute une trépidation spontanée ou provoquée, qui quelquefois s'étend à tout le corps. On peut provoquer cette trépidation à volonté en relevant brusquement les orteils avec la paume de la main.

Dans la première période, les malades peuvent encore marcher, leur attitude est alors caractéristique : ils s'avancent d'une pièce, les jambes raides; les pieds, comme cloués au sol, frottent à la surface et s'accrochent à toutes les aspérités. Les efforts que fait le malade pour relever les pieds et lutter contre le mouvement d'adduction, le contraignent de rejeter fortement le corps et la tête en arrière, en sorte que, comme le dit Ollivier (d'Angers), leur allure a quelque analogie avec celle que détermine le tétanos.

Dans la dernière période, quand les malades ne peuvent plus marcher et restent étendus dans leur lit, les membres inférieurs sont fixés dans une extension et une adduction forcées; les trépidations provoquées et spontanées interrompent seules cette immobilité.

Les troubles du mouvement que nous venons de décrire et qui peuvent gagner les membres supérieurs constituent toute la maladie, et c'est précisément cette simplicité dans l'expression symptomatique qui caractérise cette forme de myélite. Ici aucun trouble de la sensibilité et de la nutrition. Il n'y a ni paralysie du sentiment, ce qui ne permet pas de confondre cette affection avec les contractures hystériques, ni douleurs fulgurantes et en ceinture, ce qui la distingue absolument de l'ataxie locomotrice. Les muscles conservent leur volume, et ce caractère négatif sépare nettement le tabes dorsalis spasmodique de la myélite fasciculée latérale amyotrophique qui compte parmi ses symptômes des contractures et des mouvements de trépidation. Enfin on n'observe ni diminution du sens génésiaque, ni paralysie des sphincters, ni tendance à la formation des eschares comme dans les myélites diffuses.

Cette forme de myélite ne menace donc point directement la vie des malades, aussi sa durée est-elle indéfinie et la mort est toujours le fait d'une complication.

Traitement. — Les *solanées*, la *strichnine*, la *coque du levant*, le *seigle ergoté*, le *sumac*, le *plomb*, le *nitrate d'argent*, le *phosphore*, les *venins*, sont les principaux médicaments que l'on devra consulter dans la myélite.

Belladona. — Est indiquée par son action sur les centres nerveux ; par les convulsions toniques et cloniques ; la paralysie complète et incomplète, avec ou sans incontinence d'urine ; les douleurs dans la colonne vertébrale avec raideur ; elle est plus particulièrement indiquée par la paralysie des muscles de l'œil et de l'iris.

Stramonium. Sera préféré à belladona quand il y aura prédominence des phénomènes convulsifs : tremblements, contractures, convulsions *toniques*, semblables à celles de l'épilepsie, mais sans perte de connaissance; l'extension lente d'un membre.

Nous conseillons de commencer par l'un de ces deux médicaments dans le début des myélites aiguës. Viennent ensuite *nux vomica* et *secale cornutum.*

Nux vomica ou plutôt *strychnine*, comme le conseille R. Hughes, à cause de son action plus exclusivement bornée au système nerveux, se rapproche beaucoup de stramonium pour les phénomènes convulsifs; les crampes, les contractures, les convulsions toniques, sont éveillées par le moindre contact, un objet brillant, un bruit un peu fort, et s'accompagnent de douleurs excessives, avec torpeur et fourmillement; on emploie habituellement les premières triturations de sulfate de strychnine.

Secale cornutum produit l'inflammation de la moelle épinière ; ses symptômes dominants sont : sentiments de fourmillement et de torpeur dans les membres et jusque dans le dos. Il s'y joint un certain degré de spasmes toniques.'

Le *Lachesis* est encore un médicament de la période aiguë. Ses symptômes caractéristiques sont : fourmillement *douloureux* et paralysie des extrémités ; douleur de pression à la région cervicale et dans plusieurs points du rachis. Quoiqu'on observe des

accès épileptiformes après la piqûre des serpents, il est plus fréquent d'observer des sentiments de raideur, de raccourcissement des membres plutôt qu'une vraie contracture.

Argentum et *argentum nitricum* conviennent surtout dans les myélites chroniques des faisceaux gris postérieurs, dans l'ataxie locomotrice comme l'indiquent les symptômes suivants : démarche vacillante, mal assurée, douleurs fulgurantes comme par l'étincelle électrique avec spasmes musculaires dans les membres ; pression sur la poitrine (douleur en ceinture).

Plumbum est indiqué par la paralysie limitée avec atrophie musculaire dans les myélites chroniques des faisceaux gris antérieurs ; il m'a donné quelques succès, bien marqués dans des cas récents.

Je n'ai trouvé rien de positif ni de net dans la pathogénésie des autres médicaments, et la clinique ne nous fournit aucun autre renseignement.

CHAPITRE VI

SPINA BIFIDA OU HYDRORACHIS

C'est un vice de conformation caractérisé par une division osseuse du rachis, division par laquelle s'échappent les enveloppes de la moelle, et une quantité notable du liquide encéphalo-rachidien. La moelle épinière peut entrer dans la formation de la tumeur ; ces cas sont plus graves. Le spina bifida, souvent lié à l'hydrocéphalie, est une affection toujours congénitale, mais qui est souvent peu marquée les premiers jours de la naissance. Un homme arrivé à l'âge de 32 ans prétendit avoir constaté le début de la maladie seulement à l'âge de 13 ans. Le spina bifida se présente sous la forme d'une ou de plusieurs tumeurs de volumes variables, ayant pour caractère d'être fluctuantes, réductibles et de présenter des mouvements alternatifs d'extension et de retrait correspondant aux mouvements respiratoires. Quand on réduit ces tumeurs on sent l'écartement des lames vertébrales, et on produit toujours un trouble cérébral, et quelquefois des convulsions éclamptiformes. Le spina bifida est habituellement situé aux lombes, mais il peut occuper tous

les points de la colonne vertébrale. La tumeur peut être grosse comme un petit œuf ; elle peut descendre jusque sur les talons des malades ; elle est ou non pédiculée ; souvent elle est transparente.

Quand la lésion est très-étendue, les enfants périssent avant de naître, ou dans les premiers jours de leur naissance. A un degré un peu moindre, cette maladie se complique de pieds bots, de paraplégies incompatibles avec la vie. Dans d'autres cas, au contraire, les enfants peuvent vivre avec l'hydrorachis ; mais le spina bifida, compatible avec la vie, ne reste stationnaire que dans des cas très-exceptionnels ; presque toujours il s'accroît progressivement, la peau s'amincit, s'ulcère, le liquide s'écoule au dehors, la tumeur s'affaisse et les malades périssent dans les convulsions. Cependant la guérison peut suivre l'évacuation spontanée du spina bifida.

Jusqu'ici le **Traitement** du spina bifida est resté purement chirurgical ; il consiste à faire une ponction avec un trocart extrêmement fin, à retirer une partie du liquide qu'on remplace par de l'*eau iodée*. La tumeur et la petite piqûre seront ensuite recouvertes d'une couche épaisse de *collodion*. Cette méthode a donné quelques cas de guérison ; mais il faut savoir qu'elle peut être l'occasion d'accidents graves et même mortels. Pour le traitement médical on devra se reporter au traitement de l'hydrocéphalie. Mais tout est encore à faire, sur ce point, en homœopathie.

CHAPITRE VII

TUMEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Le *cancer* développé dans la moelle épinière ou dans ses membranes ; des *tubercules*, des *cysticerques*, des *échinocoques*, constituent les tumeurs de la moelle épinière. Ces lésions produisent des symptômes très-divers, suivant les points de la moelle où elles se localisent. Elles aboutissent toujours à la paralysie précédée ou non de contractures, suivant que ces tumeurs ont ou n'ont pas déterminé une myélite. La marche de ces paralysies est progressive. Toutes ces tumeurs sont essentiellement incurables.

QUINZIÈME CLASSE

AFFECTIONS DES NERFS

Nous décrirons seulement la *névrite*, le *névrome*, les *névralgies* et les *paralysies*.

CHAPITRE PREMIER

NÉVRITE

C'est une affection caractérisée par l'inflammation des membranes et du tissu nerveux lui-même.

La névrite se développe habituellement à la suite d'une contusion, d'une déchirure, d'une piqûre d'un nerf ; ou par l'extension d'une phlegmasie voisine, comme la névrite intercostale dans la pleurésie ; elle complique aussi les tumeurs situées sur le trajet des nerfs ; elle se développe peut-être spontanément.

La *névrite* est caractérisée par une douleur sur le trajet du nerf malade. Cette douleur, qui a la plus grande analogie avec la névralgie, augmente même par une pression faite sur une large surface ; elle n'a pas de *points* douloureux comme la névralgie. Si le nerf est superficiel, on sent un cordon douloureux et quelquefois la peau rougit au niveau du nerf malade. Si l'inflammation est considérable, elle peut amener la destruction du tissu nerveux et par conséquent une anesthésie, une paralysie incurable et l'atrophie musculaire.

Jaccoud à décrit sous le nom d'*atrophie nerveuse progressive* une sclérose (névrite chronique), limitée à une ou plusieurs branches nerveuses. Cette lésion s'accompagne de troubles de la sensibilité et de la motilité, bientôt suivis d'*atrophie musculaire* à marche rapide. Ces paralysies et ces atrophies musculaires ne doivent pas être confondues avec celles qui sont dues à une lésion de la moelle et que nous avons décrites à propos des *myélites* ; elles

s'en distinguent parce qu'elles sont exactement limitées à la sphère de distribution des nerfs affectés.

Lorsque la névrite est la suite d'une lésion traumatique, il faut songer à *arnica*, puis à *conium*. — Pour le reste du traitement, il faudra consulter ce que nous dirons à propos de chaque névralgie en particulier.

CHAPITRE II

NÉVROMES

On donne ce nom à des tumeurs du névrilème. Ces tumeurs sont formées de tissu conjonctif. Elles varient du volume d'un grain de mil à celui du poing ; elles sont uniques ou multiples ; elles ont de la tendance à se reproduire. Les névromes se développent principalement sur les nerfs spinaux, mais ils siégent aussi quelquefois sur les nerfs céphaliques et sur le grand sympathique.

Les névromes constituent une affection excessivement douloureuse ; la douleur s'irradie suivant le trajet des nerfs, vers la périphérie ; elles sont spontanées ; mais le moindre contact les exaspère à un très-haut degré ; elles s'accompagnent d'anesthésie et quelquefois de paralysie. Ces tumeurs oblongues, d'une dureté élastique, mobiles seulement latéralement, se développent très-lentement et restent longtemps stationnaires. Elles sont complétement incurables et l'extirpation constitue leur seul *traitement*.

CHAPITRE III

NÉVRALGIES

Les névralgies forment un genre important de la classe des *névroses*. Elles sont caractérisées par une douleur ayant son siége sur le trajet d'un nerf, et présentant sur des points déterminés une acuité considérable disséminée par points circonscrits. Ces

affections sont presque toujours symptomatiques de la *goutte*, des *hémorrhoïdes*, de la *dartre*, de la *chlorose*, de l'*hystérie*, de la *syphilis*, du *cancer*, ou de l'*empoisonnement saturnin*. Elles constituent une forme de la fièvre intermittente, la *fièvre larvée*. Les *tumeurs* qui compriment les filets nerveux s'accompagnent presque toujours de douleurs névralgiques.

Les auteurs ont distingué deux formes principales de névralgies : *névralgie continue* et *névralgie intermittente*. Il faut y ajouter une *forme grave*, appelée *épileptiforme* par Trousseau ; mais nous reviendrons sur ces divisions à propos de chaque espèce de névralgie.

Symptômes communs à toutes les névralgies. — Douleur. — Elle est continue avec exarcerbation irrégulière sous forme d'élancements qui suivent le trajet des nerfs du centre vers la périphérie. Dans des cas très-rares la douleur suit une direction inverse d'où on a fait des névralgies ascendantes. Cette douleur présente dans un ou plusieurs points du trajet des nerfs de *véritables foyers* d'où partent les élancements douloureux, et ces foyers sont extrêmement douloureux à la pression directe exercée avec l'extrémité du doigt. Au contraire, une pression sur une large surface soulage habituellement la douleur névralgique. Ces foyers douloureux existent surtout au point d'émergence du nerf; à l'endroit où il traverse une aponévrose ou un muscle pour se rapprocher de la peau ; enfin au point où il s'épanouit dans les téguments. La pression des apophyses épineuses correspondantes à la région de la moelle qui donne naissance au nerf atteint de névralgie est extrêmement douloureuse. La douleur est presque constamment augmentée par un mouvement de la partie malade. Toutes les fois que la névralgie est intense elle détermine des troubles de circulation, des congestions, des sécrétions augmentées; mais des travaux tout récents nous engagent à rapporter à la *névrite* les cas attribués autrefois à des *névralgies*, toutes les fois que les douleurs s'irradiant sur les trajets nerveux, s'accompagnent d'atrophie musculaire. La douleur névralgique s'accompagne presque constamment d'une *anesthésie* de la partie de la peau où se distribuent les nerfs malades. Quel-

quefois elle détermine des convulsions et des contractures dans les muscles de la même région.

Les *névralgies* se divisent naturellement d'après leur siége anatomique en sept espèces principales : 1° *névralgie trifaciale*, 2° *névralgie cervico-occipitale*, 3° *névralgie brachiale*, 4° *névralgie dorso-intercostale*, 5° *névralgie lombo-abdominale*, 6° *névralgie crurale*, 7° *névralgie sciatique*. Chacune de ces espèces présente plusieurs *variétés* de siége.

Névralgie trifaciale. — Elle peut être localisée et occuper principalement le nerf sus-orbitaire, le sous-orbitaire, ou le maxillaire inférieur ; beaucoup plus rarement la branche nasale ou la temporale. La névralgie occupe quelquefois les petits filets qui accompagnent le *nerf facial*, ce qui a fait croire assez longtemps que ce nerf lui-même était douloureux. Indépendamment de ces différences, suivant le siége, qui sont secondaires, elle présente quatre formes : *forme bénigne*, *forme commune*, *forme grave* et *forme intermittente*. Cette dernière forme constitue de beaucoup l'expression la plus fréquente de la *fièvre larvée*.

I. Forme commune. — Elle est caractérisée par une durée de plusieurs semaines et par les caractères communs à toute névralgie. Les *points* douloureux sont principalement le trou sus-orbitaire, le sous-orbitaire et le mentonnier ; plus rarement on constate un point *palpébral*, à la paupière supérieure ; un point *nasal*, à la partie supérieure du nez; un point *alvéolaire*, *labial*, *palatin*, *lingual*, *pariétal*, enfin un point *temporal*, qui est le plus fréquent de tous. Quand la névralgie siége dans le rameau sus-orbitaire, elle détermine la rougeur de la conjonctive et le larmoiement. Dans le nerf sous-orbitaire et surtout mentonnier, elle s'accompagne de salivation. Indépendamment des *causes* communes à toute névralgie, celle-ci présente, comme cause particulière, un *refroidissement* et la *carie* dentaire. On a fait remarquer que l'émergence des trois principales branches du nerf trifacial à travers des canaux très-étroits était une condition

anatomique fâcheuse et qui expliquait la grande fréquence de ces névralgies.

II. Forme bénigne. — Elle se distingue parce qu'elle est essentiellement passagère ; excitée par une cause évidente et disparaissant sans retour dans un temps souvent très-court.

III. Forme grave (épileptiforme de Trousseau). — Connue généralement sous le nom de *tic douloureux*, elle constitue une des maladies les plus cruelles de tout le cadre nosologique ; elle est caractérisée par des douleurs lancinantes excessivement aiguës, éclatant subitement, ayant une durée très-courte, de quelques secondes à une ou deux minutes. Ces accès, qui s'accompagnent souvent de contraction brusque des muscles de la face, reviennent à des intervalles très-inégaux, quelquefois seulement deux ou trois fois en vingt-quatre heures, d'autres fois, cent fois dans le même temps. Dans l'intervalle des accès les malades ressentent une sorte d'engourdissement, une douleur sourde, à peine marquée.

Les malades atteints de cette névralgie sont pris tout à coup de leurs accès, soit en mangeant, soit en parlant. Aussitôt leur figure se contracte, ils saisissent la partie douloureuse et la frictionnent violemment ; puis, au bout de quelques secondes, l'accès cesse et ils reprennent le repas ou la conversation interrompus.

Dans les mauvais jours, les accès naissent spontanément même dans le repos de la nuit, et au milieu du sommeil qu'ils interrompent plus ou moins fréquemment. Les malades prennent l'habitude de parler sans remuer les lèvres pour ne pas provoquer d'accès ; ils se privent de manger; et, à force de frotter et de presser la partie malade, ils aplatissent le côté de la face et détruisent plus ou moins le système pileux.

Cette forme de maladie est très-souvent incurable ; elle se prolonge pendant de longues années, laissant aux malades, de temps à autre, quelques mois de repos ; la violence des douleurs, a privation de sommeil et de nourriture jettent les malades dans l'amaigrissement et amènent une sorte de cachexie. Beau-

coup tombent dans une mélancolie profonde et quelques-uns finissent par le suicide.

Traitement. — Dans la *forme commune*, les médicaments principaux sont *nux vomica, belladona, spigelia, chamomilla, china, colocynthis, pulsatilla, phosphorus* et *verbascum.*

Nux vomica est le médicament principal dans la *névralgie intermittente* dépendant d'une *fièvre larvée ;* s'il échouait, il faudrait donner le sulfate de quinine à haute dose.

Nux vomica correspond à la névralgie sus-orbitaire s'aggravant le matin, et dans la position couchée ; sensation de froid dans la partie malade, larmoiement et rougeur de la conjonctive.

Belladona. Douleur très-violente principalement dans le nerf sous-orbitaire ; rougeur, et quelquefois gonflement de la face ; douleur excitée par l'attouchement le plus léger.

Chamomilla. Douleur avec grande excitation ; rougeur d'une joue, pleurs, cris, exaspération. Empiriquement je me suis souvent bien trouvé de l'alternance de *chamomilla* et *belladona* à la 3e dilution, en gouttes.

Spigelia est indiquée principalement par les douleurs de l'œil qui est comme arraché ou enfoncé dans l'orbite, par les douleurs du pourtour de l'orbite, aggravation par le moindre attouchement, grande angoisse de cœur.

China est un médicament caractérisé par une aggravation par le moindre attouchement, douleur très-violente la nuit.

Colocynthis. Douleur qui augmente surtout par le mouvement de la partie malade, et aussi par l'attouchement, douleur à crier.

Pulsatilla. Douleur plus forte le soir, mais principalement névralgie chlorotique ; consulter encore *platina, phosphorus, stramonium. Verbascum*, en teinture mère, a souvent réussi au Dr Cretin ; ce médicament doit être continué avec persévérance ; ses symptômes sont les suivants : douleur par éclairs, par le moindre mouvement, en serrant les dents, en les touchant avec la langue ; face rouge, rapports acides.

Dans la *forme grave* les principaux médicaments sont *thuya*

et *coccus cacti* alternés, *mezereum*, *kali chloricum*, *zincum*, *phosphorus*.

J'ai obtenu quelques guérisons avec *thuya* et *coccus cacti* alternés. Je suis descendu à la 3e dilution, en gouttes. Alterner une cuillerée toutes les deux, quatre ou six heures, suivant l'intensité des douleurs.

Mezereum. Accès subit de douleur par le mouvement pour parler ou pour manger, surtout en mangeant chaud ; salivation, roideur des muscles masticateurs.

Kali carbonicum. Éclairs de douleur par le moindre mouvement de la partie malade avec tremblement des muscles, forte pulsation des artères temporales, aggravation par les acides, névralgie due à des affections morales.

Zincum. Même douleur que les précédentes ; de plus douleur se prolongeant à l'occiput, œil rétracté dans l'orbite, paupière bleuâtre, langue engourdie, salivation.

Phosphorus, qui a aussi pour caractère douleur excitée par le mouvement des parties malades, m'a donné un succès dans un cas récent. Je l'ai administré à la 24e et à la 12e, puis à la 6e dilution. Il avait été précédé de *belladona* qui avait produit une amélioration subite mais peu durable.

Stannum a donné une guérison rapide. Les symptômes qui indiquent ce médicament sont : les accès s'aggravent progressivement et décroissent de même ; la douleur est excessive et le faciès exprime une souffrance excessive.

Névralgie cervico-occipitale. — Elle siége dans les branches postérieures des quatre premières paires cervicales et en particulier dans le grand nerf occipital. Elle est caractérisée par une douleur sourde habituelle occupant l'occiput et la nuque, d'un seul côté ; s'irradiant dans le cou, vers la tête, jusque dans la région frontale, et quelquefois dans l'oreille. Elle présente cinq points principaux : le *point occipital*, le *point cervical superficiel* au niveau même des apophyses épineuses ; le *point pariétal* commun avec la névralgie trifaciale ; le *point mastoïdien*, et le *point auriculaire* sur la conque de l'oreille.

Cette névralgie n'est pas très-fréquente, elle est quelquefois liée à la névralgie trifaciale.

Traitement. — La clinique nous fournit peu de renseignements sur le traitement de cette névralgie.

Les principaux médicaments indiqués sont : *belladona*, *bryonia*, *nux vomica*, *pulsatilla* et *china*.

Belladona est indiquée par des élancements avec roideur douloureuse du cou, apparition des douleurs vers quatre heures du soir jusqu'au lendemain matin ; aggravation par le mouvement et les courants d'air ; amélioration en renversant la tête en arrière et par la pression.

Nux vomica répond à des douleurs sourdes avec roideur du cou ; douleur à l'occiput, douleur crampoïde du cuir chevelu. Les douleurs apparaissent le matin au réveil ou après le repas, aggravation par le toucher.

Bryonia est indiquée par une roideur avec tension douloureuse à la nuque et au cou, aggravée, et par le mouvement de la tête et en ouvrant les yeux.

Pulsatilla est indiquée par des douleurs de meurtrissure à l'occiput se propageant à la nuque, avec contraction douloureuse, aggravation le soir au lit ; amélioration en sortant.

China teinture mère a guéri une névralgie occipitale qui présentait les symptômes suivants : douleur violente, les téguments donnent la sensation d'écorchure, la racine des cheveux est douloureuse au simple attouchement, une forte pression n'était pas douloureuse.

Névralgie cervico-brachiale. — Elle a son siége dans le plexus formé par les quatre dernières paires cervicales et par la première paire dorsale, et dans les branches sensitives qui en émanent. Elle peut occuper l'ensemble des nerfs du bras, ou être limitée à une des branches : névralgie radiale, cubitale, etc. Cette névralgie est assez fréquente ; elle s'accompagne habituellement d'un sentiment d'engourdissement très-marqué dans les doigts. Comme toutes les névralgies elle peut s'exaspérer par le mouvement ; mais d'autres fois elle s'aggrave la nuit, à la chaleur du lit et pendant le repos. Elle présente les *points* suivants : un *point axillaire*, un point entre l'olécrâne et le condyle interne de l'humérus ; un *point cubital*, au-dessus de la

main; un *point radial*, dans l'endroit où le nerf de ce nom contourne le radius; un autre point encore au bas du radius; et des *point digitaux*.

Traitement. — Indépendamment des renseignements qu'on trouvera au traitement de la névralgie trifaciale, nous signalerons : *arsenicum* chez les herpétiques, dans les douleurs qui s'aggravent la nuit avec une grande anxiété, douleurs soulagées par les applications chaudes et par le mouvement de la partie malade; douleurs brûlantes; quelquefois sentiment de froid dans la partie malade; — sentiment d'angoisses et de lipothymie qui fait désirer d'être couché.

Bryonia. Douleur aggravée par le mouvement, disparaissant par un repos complet; douleur par la pression.

Rhus toxicodendron. Douleur dans le repos, la nuit au lit, avec sentiment de fièvre dans la partie malade.

Mercurius. Aggravation nocturne et à la chaleur du lit; douleur qui oblige à changer de place constamment; amélioration le matin; le lit et le repos font du bien à ce moment.

Nux vomica. Douleur avec sentiment de torpeur et d'engourdissement; douleur qui force à changer de place, s'aggravant surtout le matin au lit et forçant à se lever.

Pulsatilla. Douleur avec sentiment de torpeur et d'engourdissement, douleur avec frisson, frilosité et pâleur de la face; douleur s'aggravant au commencement du mouvement; douleur dans le repos, après un exercice prolongé; le soir, amélioration par le changement de place, par la promenade au grand air.

Sulfur. Aggravation par le froid, par le repos, en restant debout; par le changement de temps; amélioration par le chaud, par le mouvement de la partie affectée.

J'ai guéri un malade qui souffrait cruellement la nuit et dans le repos, avec *veratrum* (3e dilution).

Névralgie intercostale. — Ells siége principalement sur les sixième, septième et huitième nerfs intercostaux et plutôt du côté gauche; elle est très-fréquente, surtout chez la femme, où elle se montre si souvent comme un symptôme de l'*hystérie*

et de la *chlorose*. Ces malades qui souffrent en même temps de palpitations croient souvent être atteintes de maladies du cœur.

La douleur augmente habituellement par la respiration, et dans les cas où elle est très-vive, elle détermine une véritable dyspnée. Dans le *zona*, la douleur précède souvent l'éruption de plusieurs jours et se continue encore longtemps après. Cette névralgie présente trois points principaux : le *dorsal*, au niveau des vertèbres épineuses, suivant Trousseau ; un *point latéral*, au milieu de l'espace intercostal : il répond à la bifurcation du nerf ; un *point sternal* ou *épigastrique* à l'épanouissement du nerf dans la peau ; le *point dorsal* existe souvent dans la gouttière vertébrale au point d'émergence du nerf malade.

Traitement. — Nous recommandons plus particulièrement *bryonia* et *pulsatilla*. Ces deux médicaments conviennent contre la douleur de côté qui s'exaspère par la respiration, la toux, les mouvements. *Bryonia* convient mieux si la douleur se calme en se couchant sur le côté malade, et *pulsatilla* quand la douleur se calme toutes les fois que le malade a pris une nouvelle position. *Nux vomica* est un médicament précieux surtout chez les hémorrhoïdaires, il correspond à des douleurs qui s'exagèrent en se couchant sur le côté malade ; c'est un médicament très-sûr.

Il faut, suivant les sujets, employer les dilutions moyennes ou basses.

Névralgie lombo-abdominale. — Elle siége dans les cinq paires lombaires, dont les filets cutanés se distribuent en *arrière* à la peau des lombes, ou du siége ; en avant, à la peau de l'abdomen et des parties génitales. Cette névralgie peut occuper exclusivement une des branches antérieures. Quand c'est la branche *ilio-scrotale*, elle constitue ce qu'on a appelé le *testicule douloureux*. Quand, chez les femmes, elle se prolonge jusqu'à l'utérus, elle simule quelquefois les maladies de cet organe, c'est la névralgie *utéro-lombaire* : on la reconnaît au *point utérin*, situé sur l'un des côtés du col, point très-circonscrit et très-douloureux à la pression. Les autres points sont le *point lom-*

baire: le *point iliaque*, au-dessus du milieu de la crête iliaque; le *point hypogastrique*, un peu en dedans de l'épine iliaque, antérieure et supérieure ; quelques points au *scrotum* ou aux *grandes lèvres*.

Traitement. — La douleur *testiculaire* et celle du *scrotum* demandent principalement *clematis erecta*. La douleur siége dans le testicule et se prolonge jusque dans l'aine en suivant le cordon spermatique.

Rhododendron est indiqué par une douleur de meurtrissure dans le testicule s'irradiant dans le ventre et le haut des cuisses.

Sepia, *spongia* et *phosphorus* répondent aussi à la douleur dans les testicules, mais cette douleur se rapporte plutôt à une inflammation qu'à une névralgie.

Névralgie sciatique. — Elle siége sur les rameaux sensitifs du plexus sciatique, formé par les 4e et 5e paires lombaires, par la 1re, la 2e et la 3e paire sacrée.

Cette névralgie est une des plus importantes par sa fréquence et par sa gravité. Elle présente les trois formes que nous avons décrites à propos de la névralgie trifaciale; mais la *forme grave* est excessivement rare, si on en distingue les douleurs fulgurantes de l'*ataxie locomotrice*. Cette forme grave, sur laquelle nous ne voulons pas revenir, est caractérisée par des éclairs de douleur accompagnée d'une contraction involontaire des muscles de la partie malade, éclairs de douleur séparés par des intervalles pendant lesquels la douleur disparaît complètement. Cette forme est extrêmement opiniâtre et d'une durée indéfinie.

I. Forme commune. — La *sciatique* de forme commune se développe très-fréquemment à l'occasion d'un froid humide. Elle est caractérisée par une douleur sourde occupant les diverses parties du nerf sciatique et de son plexus ; douleur sourde entrecoupée d'élancements extrêmement douloureux qui s'irradient habituellement de haut en bas, quelquefois de bas en haut. Cette névralgie s'accompagne d'engourdissement, d'un sentiment de froid, souvent d'une sensation de constriction et

de crampe. Tantôt elle augmente au moindre mouvement et cesse pendant le repos ; tantôt, au contraire, elle est plus intense au lit et force les malades à remuer continuellement les membres et même à se lever. Quelquefois la douleur, très-vive au début du mouvement, disparaît par une marche prolongée.

La sciatique se développe graduellement et atteint peu à peu son apogée ; elle est très-opiniâtre et se prolonge pendant des semaines et des mois ; dans ce cas, elle s'accompagne d'une atrophie du membre malade et d'un degré marqué d'anesthésie. D'après les recherches les plus récentes d'anatomie pathologique, les sciatiques compliquées d'atrophie musculaire seraient des *névrites* et non des *névralgies*, elles se distingueraient par une douleur à la pression sur tout le trajet du nerf et l'atrophie très-prompte des muscles innervés par le nerf malade.

La guérison de la sciatique s'opère graduellement et par des progrès presque insensibles.

Au point de vue de la thérapeutique, il ne faut pas oublier qu'il existe une *sciatique bénigne*, c'est-à-dire qui dure tout au plus quelques jours. Les points principaux sont : le *point lombaire*, immédiatement au-dessus du sacrum ; le *point sacro-iliaque*, un peu au devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure ; l'*iliaque*, vers le milieu de la crête iliaque ; le *trochantérien*, vers le bord postérieur du grand trochanter ; le *fémoral supérieur*, *moyen* et *inférieur*, sur le trajet du sciatique ; le *rotulien*, le *péronier*, au niveau de la tête du péroné ; le *malléolaire* externe, le *dorsal* du pied et le *plantaire externe*.

Traitement.— *Rhus toxicodendron* et *Bryonia* sont les deux médicaments principaux de la sciatique au début. *Rhus toxicodendron* sera préféré si la douleur s'accompagne d'un sentiment de fourmillement ou de froid dans la partie malade ; si elle est plus forte la nuit au lit et au repos ; nous devons dire cependant que *rhus* a souvent guéri des sciatiques qui s'aggravaient par le mouvement.

Bryonia. Élancement douloureux qui parcourt tout le sciatique depuis la fesse jusqu'au pied, souvent avec sueur générale.

La douleur augmente par le toucher et par le mouvement de la partie malade. L'atrophie musculaire est une indication de Bryone et j'ai guéri des cas où ce symptôme était très-marqué.

Ignatia est indiquée quand les malades sont soulagés par le changement de position. J'ai guéri deux femmes qui ne pouvaient pas rester au lit à cause des douleurs et passaient la nuit à se promener; quand elles étaient couchées, elles changeaient continuellement de position. La dose a été la 12e dilution.

Nux vomica, indiquée chez les hémorrhoïdaires. Les douleurs très-vives sont lancinantes ; elles s'accompagnent de torpeur et s'aggravent par le toucher et le mouvement.

Arsenic m'a rendu des services. Ce médicament correspond à des douleurs tractives et brûlantes, obligeant quelquefois à remuer la partie malade comme *ignatia*, les aggravations sont nocturnes.

Plumbum est mon remède de prédilection dans la sciatique chronique avec atrophie musculaire, il m'a donné des guérisons inattendues à la 12e et à la 30e dilution.

Kali hydriodicum a guéri un certain nombre de sciatiques chroniques chez des goutteux. Le seul symptôme pathogénétique est celui d'élancement douloureux qui fait boiter à chaque pas.

Pulsatilla est très-analogue à ignatia. La frilosité du malade fera préférer pulsatille.

Chamomilla et *Belladona*, alternées, ont quelquefois calmé les douleurs quand elles étaient très-aiguës.

Colocynthis est indiquée par une une douleur en ceinture autour de la hanche. J'ai trouvé ce médicament infidèle.

Veratrum est préconisé à haute dose par Cretin. Quelques gouttes de teinture mère dans la journée.

Névralgie crurale. — Elle est très-rare ; elle siége sur le nerf crural; mais la douleur se porte principalement à la région antérieure de la cuisse, le long de la veine saphène ; elle se propage à la partie antérieure et interne de la jambe jusqu'à la malléole interne ; elle peut se propager au *nerf obturateur*. La

douleur se propage alors à la face interne de la cuisse et excite quelquefois la contraction des muscles adducteurs.

Traitement. — La clinique n'indique rien de particulier, et il faudra consulter les divers médicaments indiqués pour les autres névralgies.

CHAPITRE IV

PARALYSIES

Nous ne décrirons dans ce chapitre que les paralysies liées à la lésion d'*un nerf*; les paralysies symptomatiques des affections du cerveau et de la moelle épinière, celles qui se rattachent aux névroses et aux empoisonnements ayant déjà été étudiées précédemment.

Paralysie faciale. — C'est la paralysie de la 7e paire, encore désignée sous le nom de *paralysie de Bell.* Nous ne décrirons ici que la paralysie faciale essentielle et non celle qui est liée à une affection du cerveau.

La maladie peut débuter subitement à la suite de l'impression du froid par exemple ; dans d'autres cas la marche est lente et progressive. Quand la paralysie est complète, la face offre un aspect caractéristique. Le côté paralysé, pendant, flasque et immobile, semble plus grand que le côté sain; le sourcil est plus bas que celui du côté sain; l'œil ne peut se fermer complètement, la paupière inférieure est pendante et le renversement du point lacrymal inférieur détermine l'épiphora. La narine est aplatie et rétrécie ; le coin des lèvres est pendant et la bouche entraînée du côté sain. Tous ces symptômes s'exagèrent par l'action de parler, de manger, de rire ; le côté sain se contracte et entraîne le côté paralysé.

La paralysie faciale peut se compliquer d'altération du goût, d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Quand la maladie est bien complète elle a une durée assez

longue qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois, elle se termine le plus souvent par un retour graduel et lent à l'état normal.

Etiologie. — Le froid portant directement sur un côté de la face, une émotion vive, sont les causes les plus fréquentes de la paralysie faciale. Le traumatisme, l'existence d'une tumeur sur le trajet du nerf sont des causes d'un autre ordre.

Traitement. — *Causticum* et *graphites* correspondent exactement à la paralysie faciale et comptent déjà un certain nombre de succès; les symptômes concomitants sont les seuls qui puissent servir à choisir l'un de ces médicaments de préférence à l'autre. Ces médicaments à la 6e dilution trois fois par jour, continués pendant six jours. Repos trois jours et recommencer.

Kalichloricum. Richard Hughes contient un cas de guérison par ce médicament à la 6e trituration décimale. Dans ce cas la paralysie avait été précédée de douleur.

Paralysie du moteur oculaire commun, 3e paire.— Cette paralysie est presque toujours symptomatique de l'ataxie locomotrice ou d'une affection syphilitique. Cependant quelques auteurs enseignent qu'elle peut, comme la précédente, survenir à propos d'un refroidissement ou d'une émotion morale.

La paralysie de la 3e paire est caractérisée par la chute de la paupière supérieure, le strabisme externe, la diplopie qui en est la conséquence directe, la proéminence de l'œil, la dilatation et l'immobilité de la pupille. Le nerf de la 3e paire anime le muscle releveur de la paupière, le droit supérieur, le droit inférieur, le droit interne, le petit oblique et fournit un rameau au ganglion ophthalmique ; la paralysie rend donc un compte parfait des symptômes précédents.

Traitement. — *Belladona* répond au strabisme avec paralysie de la paupière supérieure, dilatation de la pupille et diplopie ; *hyosciamus* et surtout *stramonium* présentent les mêmes symptômes.

Nitri acidum correspond aussi à la paralysie de la 3e paire.

Gelseminum semper virens est indiqué par Richard Hughes dans les cas des chutes de la paupière supérieure avec strabisme et diplopie, c'est-à-dire dans la paralysie du moteur oculaire commun.

Conium maculatum est indiqué par le même auteur. Voici les symptômes produits par la ciguë sur l'homme sain qui indiquent ce médicament dans le cas de paralysie de la 3e paire; désordre de l'accommodation visuelle avec vertige, chute de la paupière; regard fixe, dilatation de la pupille et diplopie.

Spigelia, sepia et *veratrum* sont indiqués dans la paralysie de la paupière. Mais l'expérience clinique manque ici presque complètement et ne nous permet pas de préciser le choix du médicament.

Paralysie du grand dentelé. — Le grand dentelé est un des grands muscles du dos; il s'étend des huit premières côtes au bord spinal de l'omoplate. Ce muscle fixe l'omoplate pendant les mouvements du bras et sert à l'élévation du moignon de l'épaule; il est animé par la branche thoracique du plexus brachial.

Les signes de cette paralysie sont une saillie de l'angle inférieur de l'omoplate et du bord spinal de cet os; déformation qui s'accentue par les mouvements du bras. L'épaule est abaissée et les muscles trapèze, mais surtout le thromboïde et l'angulaire de l'omoplate sont contracturés. Quand la paralysie est très-prononcée, le malade, comme dans la fracture de la clavicule, ne peut pas porter la main à son front.

Cette paralysie est très-rebelle, elle dure au moins six mois et souvent plus. Je ne connais pas de médicament homœopathique propre à cette localisation de la paralysie.

Paralysie de la 5e paire. — Nous ne décrirons sous ce nom que la paralysie de la 5e paire que fournit la branche ophthalmique, maxillaire supérieure et maxillaire inférieure et préside à la sensibilité de la face.

Cette paralysie peut être essentielle; dans ce cas elle succède

à l'impression d'un froid violent ; mais le plus souvent elle est symptomatique d'une violence traumatique ou d'une tumeur.

Cette maladie est caractérisée par la paralysie plus ou moins subite de la peau et des muqueuses de la face ; elle est presque toujours unilatérale. La peau et la muqueuse sont également insensibles aux piqûres et aux pincements ; l'œil et les fosses nasales restent secs par la suppression des fonctions de la glande lacrymale et des follicules. Le goût est aboli dans la moitié de la langue qui correspond au côté paralysé.

Quand la lésion cause de la paralysie siége au delà du ganganglion de Gasser on note des troubles trophiques considérables, la sclérotique et l'iris s'enflamment, la cornée s'altère et l'œil se vide.

Cette paralysie peut se terminer par la guérison quand elle est essentielle.

Traitement. — A l'exception de *senega* indiquée par un sentiment de paralysie dans le côté gauche de la face, d'*alumina* qui répond à un sentiment de fourmillement, je n'ai trouvé ni renseignement pathogénique ni renseignement clinique sur la paralysie de la 5e paire.

SEIZIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES ORGANES DE LA DIGESTION

LIVRE PREMIER

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA BOUCHE

CHAPITRE PREMIER

STOMATITE

Les inflammations de la bouche sont extrêmement fréquentes dans le cours des maladies. J. Davasse a fort bien décrit la stomatite symptomatique des maladies fébriles : rougeur et enduit pultacé des gencives ; rougeur de la muqueuse buccale ; enduits prétendus bilieux et saburraux de la langue ; douleur plus ou moins vive ; chaleur de la cavité buccale ; salivation ou sécheresse, tels sont les principaux symptômes de l'inflammation de la bouche. Cette affection se montre encore comme symptôme de divers empoisonnements par des substances âcres et corrosives ; elle est l'affection la plus caractéristique des intoxications mercurielles ; enfin elle constitue un accident fréquent de la dentition.

La *stomatite essentielle* revêt deux formes : la *stomatite bénigne* ou *érythémateuse* et la *stomatite ulcéreuse*, qui elle-même présente deux degrés : l'*aphthe* et la *stomatite ulcéreuse proprement dite*. Le *muguet*, bien que s'accompagnant toujours de l'inflammation de la muqueuse buccale, constitue une espèce morbide distincte ; il en est de même de la *gangrène*.

I. Forme érythémateuse. — Elle survient presque toujours à la suite d'une cause occasionnelle évidente, aliments trop épicés, abus de la fumée de tabac, lésions traumatiques diverses. Elle

ne présente pas d'autres symptômes que ceux que nous avons énumérés plus haut, et nous n'insisterons pas davantage sur son histoire.

II. STOMATITE APHTHEUSE. — Autrefois on confondait sous le nom d'*aphthe* la plupart des affections de la bouche; aujourd'hui l'histoire du muguet et de la stomatite ulcéreuse a permis de préciser et de limiter le domaine de l'*aphthe*. Cette affection, quand elle ne constitue pas le degré le plus bénin de la stomatite ulcéreuse, survient à titre de symptôme ou de crise dans les fièvres continues ou dans des maladies constitutionnelles : la goutte et la dartre.

Le début de la maladie est souvent marqué par du malaise et un mouvement fébrile qui a été très-peu étudié: puis l'affection locale débute par une vésicule ayant pour base une papule très-rouge et marquée à son centre d'un point plus sombre. La vésicule s'élargit, se crève et laisse échapper un liquide blanchâtre et bientôt puriforme. L'ulcération succède à la rupture de la vésicule; elle est arrondie; ses bords rouges et tuméfiés sont taillés à pic; le fond de l'ulcère est grisâtre; mais elle ne présente jamais d'induration, ce qui la distingue du chancre syphilitique. La salivation est un symptôme habituel de l'aphthe. La *fétidité*, au contraire, est un symptôme rare.

L'aphthe est rarement isolé, il occupe la face interne de la lèvre inférieure, l'intérieur des joues, l'isthme du gosier, le bord libre des gencives chez les enfants qui n'ont pas encore de dents, le frein de la langue, l'extrémité de cet organe et le sillon gengivo-buccal, où il affecte une forme allongée.

La marche de cette maladie est rapide et régulière; l'aphthe naît, se développe et se cicatrise dans l'espace d'un septénaire; une éruption nouvelle peut prolonger la durée de la maladie, qui est toujours fort courte. Les aphthes qui se prolongent pendant des semaines et des mois sont des aphthes symptomatiques.

III. STOMATITE ULCÉREUSE PROPREMENT DITE. — La place de cette maladie dans le cadre nosologique est encore aujourd'hui contestée. Confondue avec le scorbut, la diphthérie et la

gangrène, la stomatite ulcéreuse a vu sa description et son pronostic varier avec les idées différentes que l'on s'est faites sur sa nature. Parmi tous les noms qu'elle a portés et qu'elle porte encore, nous avons choisi celui de *stomatite ulcéreuse*, parce que l'ulcération est la lésion pathognomonique de cette maladie; et parce que c'est le moyen de la séparer nettement et de la gangrène et de la diphthérie.

Habituellement après quelques jours de malaise, l'affection locale se montre d'abord sur les gencives, qui deviennent boursouflées, d'un rouge sombre, et saignantes; en même temps, elle se recouvre d'un enduit pultacé, grisâtre, analogue à celui qui accompagne toutes les stomatites. La bouche est chaude; la muqueuse présente une rougeur uniforme; la salivation est augmentée, et les ganglions sous-maxillaires, déjà tuméfiés, sont légèrement douloureux au toucher. Les ulcérations se produisent ensuite; elles sont précédées de l'apparition de plaques jaunâtres très-légèrement saillantes, qui se rapprochent, se réunissent, et constituent des plaques plus grandes. A l'inverse de l'enduit pultacé du début, ces plaques sont très-adhérentes; si on les enlève, on trouve l'épithélium détruit, la muqueuse excoriée, saignante. On discute encore pour savoir si c'est là une fausse membrane, ou une eschare; toujours est-il que bientôt une véritable ulcération remplace cette lésion et sépare ainsi nettement la stomatite ulcéreuse de la diphthérie, dans laquelle il n'y a jamais d'ulcération. D'après M. J. Bergeron, l'ulcération débuterait toujours par la gencive des incisives de la mâchoire inférieure; quand il existe des ulcérations pariétales, elles sont limitées à un seul côté. L'ulcération varie d'aspect avec son siége : à la gencive, c'est un mélange de pus, de sang et de tartre; à la face interne des lèvres et des joues, c'est un ulcère arrondi, à bords rouges, violacés, saignants et mous, à fond inégal, déprimé, tantôt gris jaunâtre, tantôt rouge et saignant; dans le pli gengivo-buccal, l'ulcération affecte une forme très-allongée. Ces ulcérations s'accompagnent d'une odeur de gangrène, d'une salivation visqueuse abondante, et de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Quelquefois les parties molles des joues ou des lèvres correspondant à une

ulcération profonde, se gonflent, deviennent œdématiées et pourraient faire craindre la gangrène, mais le toucher permet de constater la mollesse des tissus et l'absence de ces noyaux d'induration si caractéristiques dans la gangrène.

Cette maladie, abandonnée à elle-même, marche lentement; les ulcérations envahissent les joues, le voile du palais et les amygdales. Elle peut alors durer des semaines. Chez les enfants épuisés, cachectiques et dans les hôpitaux, elle peut, d'après Taupin, devenir le point de départ d'une véritable gangrène de la bouche. Dans les autres circonstances, elle se termine toujours par la guérison, et jamais Rilliet et Barthez n'ont observé de connexion entre cette maladie et la diphthérie.

Etiologie. — La stomatite ulcéreuse est une maladie contagieuse et inoculable. C'est une maladie de caserne et d'hôpitaux. L'encombrement, les privations, les mauvaises conditions hygiéniques, favorisent son développement; elle est rare dans la première enfance et pendant l'allaitement. Le printemps et l'automne sont les saisons dans lesquelles on observe le plus de cas; elle est épidémique ou sporadique.

Traitement. — *Borax*, *mercurius*, *nitri acidum*, *natrum muriaticum*, *iodium*, *carbo vegetabilis*, *nux vomica* sont les médicaments qui correspondent à l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche et à ses ulcérations.

Borax correspond à la rougeur, à la chaleur et à la douleur de la membrane muqueuse; la membrane muqueuse du palais est comme plissée; les aphthes siégent dans la bouche et à la langue; ils sont saignants. La clinique a confirmé que *borax* était le médicament de la stomatite érythémateuse et de l'aphthe. Il faut l'administrer à la 2e trituration : 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Mercurius est le médicament principal des stomatites, comme le démontre l'histoire des salivations mercurielles; — dépôt pultacé sur les gencives, qui sont saignantes, ramollies, décollées; ulcération des gencives, de la muqueuse, des lèvres et des

joues; gonflement de la langue; salivation visqueuse, abondante, fétide.

Le *mercure* est le médicament principal du 2e degré de la stomatite ulcéreuse. On doit préférer le *sublimé* aux autres sels de mercure; employer au début la 3e trituration administrée comme le *borax*, mais surveiller son emploi, et à la moindre aggravation prescrire des globules de la 30e dilution, administrés de la même manière.

Nitri acidum est après le mercure le médicament le plus important; il correspond à l'ulcération et à l'hémorrhagie des gencives, aux ulcérations de la membrane muqueuse, à la salivation fétide. Ce qui caractérise davantage ce médicament, c'est la douleur lancinante extrêmement vive; le défaut de ramollissement des gencives, une salivation et surtout une putridité moindre. Ce médicament s'administrera comme *mercurius;* on se trouvera quelquefois très-bien de l'administrer après lui. *Natrum muriaticum*, *iodium*, *carbo vegetabilis* viennent ensuite avec des caractères beaucoup moins marqués et sans que la clinique ait pu jusqu'ici fixer leurs indications.

Nux vomica a aussi été indiquée contre la stomatite ulcéreuse.

On se trouve très-bien de toucher les ulcérations avec la glycérine boratée : 2 grammes de borax pour 30 grammes de glycérine. Le meilleur collutoire est le lait, que l'on fait séjourner dans la bouche le plus longtemps possible.

CHAPITRE II

GLOSSITE

La glossite est l'inflammation du parenchyme de la langue. C'est bien plus souvent une affection symptomatique d'un empoisonnement ou la suite d'une lésion traumatique qu'une maladie essentielle développée spontanément. Quant à la glossite superficielle, nous en avons dit quelques mots à propos de la stomatite, dans l'histoire de laquelle elle rentre tout naturellement.

La glossite symptomatique a été observée dans le cours des fièvres typhoïdes et pendant la variole ; dans ce cas elle se termine quelquefois par une destruction partielle de l'organe. Les piqûres d'insectes venimeux ou de serpent, la cantharide, la peau du crapaud, ont déterminé des glossites intenses ; le tabac, le daphné mezereum employés en gargarisme ont aussi produit cette affection.

La *glossite essentielle* se développe habituellement sans cause externe appréciable ; d'autres fois c'est à l'occasion d'une brûlure ou d'un déchirement de l'organe. L'irritation causée par la présence d'un fragment de dent est une cause occasionnelle fréquente.

Le *début* de la maladie est brusque ; et l'affection locale ouvre la marche des symptômes quand la maladie est déterminée par le traumatisme. Dans les cas où elle se développe spontanément, un mouvement fébrile très-caractérisé existe dès le début. La douleur est habituellement peu intense, et le gonflement rapide et excessif de la langue constitue le symptôme principal.

Dans la période d'état, la langue, horriblement tuméfiée, ne peut plus être contenue dans la bouche ; elle pend au dehors de plusieurs travers de doigt. Comprimée par les dents, elle est d'un rouge sombre, livide et bientôt tout à fait noire.

On comprend que la phonation et la déglutition deviennent impossibles. Mais un accident autrement grave, c'est la difficulté de la respiration et l'asphyxie qui en est la suite. Le gonflement de la base de la langue s'oppose à l'entrée de l'air ; de là des efforts d'inspiration, la coloration rouge, livide, bleuâtre, la tuméfaction de la face et des lèvres, une anxiété considérable, puis une véritable somnolence, et enfin la mort si l'art n'intervient pas promptement.

Lorsqu'un abcès se développe dans l'épaisseur de la langue, l'œdème qui entoure toute suppuration se propage à la glotte et devient encore une cause d'asphyxie.

On a signalé des cas de glossites dans lesquelles l'inflammation restait bornée à une moitié de la langue.

La marche de cette maladie est continue et extrêmement rapide ; on a observé des suffocations mortelles après vingt-

quatre heures. La terminaison par abcès se fait dans le cours d'un septénaire, et ces abcès occupent de préférence la base de la langue.

Quant à la gangrène, nous croyons qu'elle ne s'observe que dans la glossite symptomatique des fièvres graves.

Traitement. — Les venins : *apis*, *lachesis*, *viperà torva*, constituent les médicaments principaux; on les administre à la 3e dilution, une cuillerée toutes les deux heures. Le gonflement énorme de la langue qui est rouge et plus ou moins excoriée est un symptôme commun produit par les venins, celui de la vipère produit quelquefois la glossite, même quand le piqûre n'a pas été faite sur la langue. *Arsenicum* vient ensuite, même dose, même mode d'administration. *Carbo vegetabilis* quand il y a menace d'asphyxie; mais dans ce cas, il ne faut pas hésiter à *scarifier* profondément l'organe malade. Cette opération amènera un dégagement très-rapide de la langue. Si elle ne suffisait pas et que l'asphyxie fût imminente, il faudrait pratiquer la *trachéotomie*.

CHAPITRE III

MUGUET

Au point de vue de l'histoire naturelle le muguet (*oïdium albicans*) est un cryptogame qui se développe sur les muqueuses à épithélium pavimenteux, dans la période de cachexie de toutes les maladies; c'est une *moisissure* qui se produit dans un organisme épuisé; c'est un commencement de décomposition et un avant-coureur certain de la mort.

En nosologie, on donne le nom de *muguet* à une maladie essentielle propre aux *nouveau-nés*, caractérisée par l'inflammation de la muqueuse digestive et par la production sur cette muqueuse de l'*oïdium albicans;* le siége principal de la lésion est dans la bouche.

Le muguet présente deux formes à étudier : la *forme bénigne* et la *forme commune.*

I. FORME BÉNIGNE. — Elle est caractérisée par l'absence de symptômes généraux; toute la maladie se passe sur la membrane muqueuse buccale; elle cède facilement au traitement et guérit toujours.

Le premier symptôme est la rougeur de la langue, la chaleur de la bouche, une douleur qui va quelquefois jusqu'à empêcher l'enfant de téter.

Dès le second jour, apparaissent sur les papilles gonflées de la langue les premiers grains de muguet; blanchâtres, arrondis, demi-transparents, isolés, comparables à des grains de millet. Ils deviennent rapidement d'un blanc semblable à celui du lait caillé, gros, irréguliers, confluents. La lésion se montre alors sous forme de petites masses; elle envahit la face interne des lèvres, les gencives, la voûte palatine, le pharynx, s'étend plus ou moins, et forme des couches d'épaisseur variable. Elle est surtout abondante sur la langue. Le siége de la lésion est en dehors de l'épithélium (Ch. Robin, Seux). Ce produit morbide est assez adhérent; si on l'enlève, on produit quelquefois un léger écoulement de sang. Au-dessous la langue est rouge, lisse et polie.

Les autres symptômes de la forme bénigne sont la douleur, la difficulté de prendre le sein, le mâchonnement; et quelquefois un peu de diarrhée verdâtre.

Etiologie. — Les *circonstances étiologiques* qui favorisent le développement de cette forme du muguet sont principalement les efforts de succion nécessités par la mauvaise conformation des mamelons; l'usage de bouts de seins artificiels; la contagion par les sporules du cryptogame.

II. FORME COMMUNE. — Elle constitue une maladie très-grave et qui, dans les hospices de nouveau-nés, est mortelle 20 fois sur 22 (Valleix). Elle est caractérisée non-seulement par l'affection locale que nous venons de décrire, mais encore par des symptômes généraux fort importants.

La maladie débute très-souvent par un érythème des fesses,

auquel vient se joindre une diarrhée verdâtre plus ou moins abondante. Quelques jours plus tard, apparaît l'affection buccale, accompagnée d'un mouvement fébrile peu intense Tous ces symptômes vont ensuite croissant pendant plusieurs jours. L'affection locale, bien plus étendue que dans la forme bénigne, envahit toute la bouche et rend l'allaitement extrêmement difficile ; l'insomnie, l'agitation, l'amaigrissement rapide, une fièvre intense, des vomissements, une diarrhée verdâtre très-abondante, l'accroissement de l'érythème et son extension aux cuisses, aux mollets et aux talons, l'apparition d'ulcérations plus ou moins profondes, de bulles de pemphigus, constituen les symptômes de la période d'état; puis, très-rapidement, quand la maladie doit se terminer par la mort, la fièvre tombe; le refroidissement se produit, les évacuations diminuent, le facies devient cadavéreux, la respiration s'accélère, devient froide; l'asphyxie se prononce, et les enfants succombent.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, les symptômes diminuent peu à peu; l'affection buccale s'améliore, la diarrhée décroît, l'allaitement redevient possible, l'érythème disparaît et la convalescence s'établit.

Anatomie pathologique. — Indépendamment de l'affection buccale et de l'affection cutanée, on trouve pour lésions l'inflammation et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin ; l'engouement et l'hépatisation pulmonaires; quelquefois des signes de méningite. L'oïdium s'arrêterait toujours au cardia, d'après Trousseau.

Etiologie. — L'étude des circonstances qui produisent le muguet est aujourd'hui très-complète. C'est une maladie des nouveau-nés, très-rare après le 2e mois, sévissant surtout en été, et atteignant exclusivement les enfants soumis à un allaitement artificiel et ceux que l'on fait manger. La maladie est contagieuse et inoculable au moyen des spores de l'oïdium. Le régime nosocomial est, sinon une cause de muguet, au moins une circonstance qui rend la maladie extrêmement grave. L'acidité de la salive, proclamée par Gubler comme la condi-

tion de la production du muguet, est physiologique chez tous les enfants.

Traitement. — Deux médicaments constituent la médication du muguet : *mercurius* et *arsenicum.*

Mercurius au début ; il est indiqué par la stomatite, par l'enduit blanc de la langue et aussi par la diarrhée verte ; par l'érythème de l'anus, des fesses et des membres inférieurs ; enfin par les ulcérations qui se développent sur la peau malade. La 3e trituration de *mercurius corrosivus* sera préférable pour le début, sauf à baisser la dilution si la 3e est insuffisante.

Arsenicum convient à un degré plus avancé de la maladie et correspond à un état plus grave : amaigrissement considérable ; tendance au refroidissement et à l'asphyxie ; angoisse ; agitation ou abattement extrême ; diarrhée abondante ; érythème et ulcération de la peau. Ce médicament correspond très-peu à l'affection buccale ; il doit être administré avec précaution parce qu'il produit souvent des aggravations dans l'état cachectique et chez les enfants. Il convient de débuter par la 6e dilution en goutte, une cuillerée toutes les trois heures ; on descendra ou on en élèvera la dilution suivant l'effet produit.

Carbo vegetabilis, 30e dilution, pourrait être essayé si *arsenicum* n'avait rien produit.

Le traitement local est fort peu important ; Valleix le considère comme tout à fait secondaire, et il recommande de ne pas enlever l'oïdium. On pourra appliquer localement, à l'aide d'un pinceau de charpie, le médicament prescrit à l'intérieur. On pourrait employer une solution de *mercurius corrosivus* au 10,000e pour un badigeonnage pratiqué trois fois en vingt-quatre heures et en prenant soin d'enlever l'excédant du médicament à l'aide d'un gros pinceau de charpie imbibé d'eau.

La glycérine boratée pourrait aussi être essayée.

Quant aux soins que réclame l'érythème, nous recommandons l'emploi d'une bouillie épaisse, de préférence aux corps gras généralement préconisés.

CHAPITRE IV

GANGRÈNE DE LA BOUCHE

Nous décrivons sous ce nom une affection caractérisée par la mortification de toute l'épaisseur des parois buccales. C'est le *charbon* des joues et des lèvres ; les Hollandais désignent encore cette affection par la très-mauvaise expression de *cancer aqueux*.

Etiologie. — Cette affection est surtout fréquente de 3 à 5 ans ; elle survient chez les enfants épuisés par des maladies antécédentes et soumis à de mauvaises conditions hygiéniques ; chez les malades des grandes villes et des hôpitaux ; elle est plus fréquente dans les pays froids et humides. Les médecins allemands ont voulu en faire une *affection scorbutique*, mais il n'existe aucun signe du scorbut coïncidant avec cette affection.

C'est surtout dans le cours et à la fin de la *rougeole* qu'on observe la gangrène de la bouche. On l'observe encore après la *fièvre typhoïde*, la *scarlatine*, la *variole*, la *pneumonie*, la *phthisie*, la *coqueluche*, la *diphthérie*. On en a cité des exemples pendant la *fièvre intermittente*. Le traitement par le calomel a une influence très-directe sur sa production.

On a omis de rechercher les rapports de la gangrène de la bouche avec le *diabète*. Il existe quelques observations de *gangrène essentielle* de la bouche ; et Richter admet son existence.

Description. — La gangrène de la bouche débute donc habituellement pendant le cours ou à la fin d'une maladie. Le symptôme le plus apparent est un gonflement mou, pâle, avec œdème, principalement des paupières. Très-souvent ce gonflement est lui-même précédé d'une ulcération grisâtre, développée dans le sillon gingivo-buccal, sur les parois des joues ou de la lèvre inférieure ; en même temps l'haleine devient fétide, gangréneuse. Les petits malades conservent leurs forces, leur appétit et sont sans fièvre, à moins que la maladie concomitante ne détermine un état opposé.

L'affection marche plus ou moins rapidement ; du 3e au 7e jour, le gonflement mou présente une induration caractéristique. La membrane muqueuse, largement ulcérée, laisse échapper un détritus noirâtre plus ou moins abondant ; la peau violacée présente vers le centre de la tumeur un point noirâtre, quelquefois recouvert d'une phlyctène. Cette eschare s'agrandit rapidement, s'étend à une partie plus ou moins grande de la joue et même du cou. Les tissus mortifiés s'échappent par la bouche et par l'extérieur ; la joue ou la lèvre se perfore ; les dents déjà déchaussées jaunissent et tombent ; les os maxillaires se nécrosent, et une vaste excavation occupe une moitié de la face. Cependant la soif est très-grande et la fréquence du pouls augmente. Dans la dernière période, les forces tombent ; l'amaigrissement est considérable ; la diarrhée habituelle ; l'appétit persiste jusqu'à la fin, à moins qu'il ne survienne une complication fébrile. La plus fréquente de toutes est la *pneumonie*. L'*hémorrhagie* est un accident très-rare, et la mort arrive par la diminution progressive des forces du 8e au 18e jour. La gangrène se manifeste quelquefois dans d'autres points, soit de l'autre côté de la face, soit, ce qui est plus fréquent, à la vulve.

La maladie se termine quelquefois par la guérison, dans la première période ou après la chute de l'eschare cutanée. Dans le premier cas, l'ulcération interne se déterge et se cicatrise en même temps que le gonflement œdémateux diminue graduellement. Quand la guérison a lieu après la chute de l'eschare cutanée, il y a une cicatrisation longue, difficile, avec séparation de séquestre et difformité persistante habituellement très-considérable. Telle est la marche et l'ensemble des symptômes de la gangrène de la bouche ; on voit qu'elle se distingue des affections analogues par l'induration du tissu cellulaire et par l'ulcération gangréneuse de la membrane muqueuse. Son *pronostic* est excessivement grave.

Le **traitement** de la gangrène de la bouche dans l'école allopathique est principalement externe. Chaque médecin a son emploi. L'*acide hydro-chlorique* et l'*acide nitrique*, le *beurre d'antimoine*, le *nitrate d'argent*, le *nitrate acide de mercure*, la *potasse*

caustique, et principalement le *fer rouge*, ont été employés comme caustiques. Remarquons qu'il y a des cas de guérison par tous ces moyens et peut-être un aussi grand nombre sans caustique, et que par conséquent la question n'est pas tranchée cliniquement. Pour nous, le meilleur topique est *arsenic* (2e *trituration*), et la difficulté de son application, quand la gangrène est encore limitée à la muqueuse, est la seule raison qui nous fasse préférer le *fer rouge* à la première période de la maladie.

Les médicaments principaux indiqués contre la gangrène de la bouche sont : *mercurius*, *arsenicum*, *lachesis* et *china*.

Le *calomel* est le sel mercuriel préférable. On a vu que son usage avait une action évidente sur le développement de l'affection gangréneuse ; mais c'est surtout en déterminant l'inflammation et l'ulcération de la membrane muqueuse qu'il agit ; il produit un accident commun à la gangrène et à la stomatite, l'ulcération ; les autres circonstances étiologiques font le reste. Aussi ce médicament est-il indiqué au début et par les symptômes suivants : ulcération phagédénique, avec fond grisâtre, bords rouges ; salivation sanguinolente et horriblement fétide ; gonflement *mou* de la joue et des lèvres.

L'*arsenicum* et le *lachesis* sont les deux médicaments principaux de la gangrène. Ce dernier est surtout indiqué par un gonflement énorme de la face, avec rougeur érysipélateuse. *Arsenicum* correspond à un gonflement dur, plus circonscrit, pâle ou livide ; les deux médicaments correspondent à la stomatite, avec ulcération de la bouche ; à la salivation fétide ou brunâtre ; à la soif, à la chute des forces.

On badigeonne l'ulcération de la membrane muqueuse avec la 2e dilution d'arsenic. On répétera ce pansement toutes les deux heures. La plaie extérieure, quand l'eschare cutanée sera tombée, sera recouverte, soir et matin, d'arsenic à la 2e trituration. Quand la gangrène sera arrêtée, on remplacera la 2e trituration par la 3e, qui est moins caustique. Les autres médicaments, *apis*, *china*, *carbo vegetabilis*, ne sont employés que si le traitement ci-dessus avait échoué. Il faut alimenter les

enfants, aérer leur chambre et lotionner la plaie à chaque pansement avec de l'*eau phéniquée*, au 1,000^{e}, afin de la désinfecter.

Les lotions et les pansements avec l'eau additionnée d'hydrate de chloral au 100e sont préférables à l'eau phéniquée.

CHAPITRE V

HÉMORRHAGIE BUCCALE

L'hémorraghie buccale, quand elle n'est pas de cause traumatique, est toujours symptomatique : le scorbut, le purpura hæmorrhagica, l'hémophilie, le déplacement des règles, sont les maladies dans lesquelles on peut observer l'hémorrhagie buccale. Nous avons observé chez des goutteux et chez des hystériques un suintement sanguinolent de la muqueuse buccale, suintement qui se faisait surtout la nuit, s'échappait pendant le sommeil et maculait l'oreiller. P. Franck a beaucoup insisté sur les hémorrhagies buccales survenues à la suite de la rupture de tumeurs variqueuses ; nous n'avons jamais rencontré cette variété.

La seule hémorrhagie buccale qui doive nous arrêter un instant est celle qui succède à l'*avulsion d'une dent*. Cette hémorrhagie, quelquefois très-rebelle, pourrait, si on ne l'arrêtait pas, déterminer des accidents très-inquiétants. On prescrit d'abord l'arnica 1 gramme de teinture mère dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures ; l'arnica en teinture en gargarisme. Si l'hémorrhagie résiste à ces moyens il faut appliquer de l'amadou ou de la charpie imbibée de perchlorure de fer liquide et enfin recourir à l'oblitération de l'alvéole, soit à l'aide de la cire, soit à l'aide de la *gutta-percha* ramollie.

CHAPITRE VI

SIALORRHÉE

La sialorrhée essentielle des auteurs modernes est constamment une affection symptomatique de l'hystérie, de la goutte, de l'hypochondrie, ou dans quelques cas rares, une affection critique succédant à un œdème ou à une perte sanguine habituelle. C'est surtout pendant leur jeunesse, pendant la grossesse et à l'âge critique que les hystériques sont sujettes à la sialorrhée. Existe-t-il une sialorrhée véritablement essentielle? Je n'en connais pas d'observations.

Cette affection est caractérisée par un suintement continuel de salive la nuit et le jour ; ce suintement gêne la phonation, la mastication et le sommeil ; elle devient une cause de dépérissement ; la salive présente une plus grande proportion de matière animale ; elle serait toujours alcaline d'après Tanquerel des Planches.

Il faut se garder dans la recherche du médicament de choisir ceux qui conviennent à la salivation par stomatite comme le mercure, ici il s'agit d'une salivation sans stomatite.

Pulsatilla est le médicament principal, flux de salive, douceâtre ; l'état nauséeux avec salivation est caractéristique de ce médicament.

Euphorbium convient pour le flux énorme d'une *salive salée.*

Sulfur, afflux de salive *acide* et *amère.*

Le *jaborandi* expérimenté tout récemment est tout à fait homœopathique à la sialorrhée, je lui dois déjà plusieurs succès dans cette affection.

CHAPITRE VII

AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET CANCÉREUSES

Le *chancre primitif* et les *plaques muqueuses* se montrent fréquemment aux lèvres et à leurs commissures. Cette localisation ne présente rien de spécial pour le traitement, aussi nous nous bornerons à la mentionner.

Le *cancer* qui se localise à la peau des lèvres est habituellement un *noli me tangere*, un cancer de *forme bénigne* qui est susceptible de guérison et qu'on doit opérer à l'aide de la pâte arsenicale. Mais il n'en est pas de même du *cancer de la bouche* et surtout du *cancer de la langue*. Cette localisation du cancer, bien qu'elle soit, comme la précédente, classée, par les micrographes, au rang des tumeurs épithéliales, constitue une des formes les plus dangereuses du cancer. Une tumeur dure, bosselée, douloureuse, promptement adhérente à la muqueuse caractérise le début du cancer de la langue ; la tumeur s'accroît rapidement, s'étend vers la racine de la langue, s'ulcère et devient le siége d'hémorrhagies formidables ; les ganglions du cou s'engorgent et deviennent cancéreux. Si on tente l'ablation de l'organe malade, la reproduction rapide de la maladie est de règle ; les malades épuisés par les souffrances, la difficulté de la déglutition, le dégoût d'une semblable affection tombent dans la cachexie. Ils périssent épuisés, ou subitement par des hémorrhagies, ou encore par des accidents asphyxiques.

Traitement. — Le cancer de la langue est habituellement incurable, cependant Pétroz a obtenu la guérison d'un cancer ulcéré de la langue avec le *cyanure de potassium* à la dose de 10 milligrammes, le *cyanure de mercure* à basse trituration a aussi donné quelques améliorations. On devra encore essayer *kali chloricum* et *arsenicum*.

LIVRE II

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA GORGE.

CHAPITRE PREMIER

ANGINE

L'angine est la phlegmasie de l'arrière-gorge. Elle occupe en totalité ou en partie les amygdales, les piliers, le voile du palais, le pharynx et la base de la langue.

L'angine présente trois formes à étudier : *forme bénigne*, qui comprend la forme érythémateuse, pultacée et herpétique des auteurs, la *forme commune* ou *phlegmoneuse*, la *forme gangréneuse*.

L'arrière-gorge est le siége d'inflammation dans un grand nombre de maladies. Ces inflammations, qui doivent être distinguées avec soin de l'angine essentielle, peuvent se grouper ainsi :

1° Localisation constitutionnelle diathésique et cachectique : angines *syphilitique*, *scrofuleuse*, *goutteuse*, *rhumatismale*, *granuleuse* ou *herpétique scorbutique*.

2° Fièvres : angines *scarlatineuse*, *morbilleuse*, *varioleuse*, *typhoïde*, *intermittente*.

3° Classe intermédiaire aux phlegmasies et aux fièvres *angine diphthéritique* ou *couenneuse*, *angine érysipélateuse*.

I. Forme bénigne. — **1° Angine érythémateuse.** — Cette forme de l'angine présente plusieurs variétés. Dans son degré le plus simple elle est caractérisée par la rougeur de l'isthme du gosier, de la douleur en avalant, un peu de malaise et de courbature. La douleur se propage souvent à l'oreille moyenne ; elle s'accompagne d'une grande sécheresse de la gorge. Toute la maladie est terminée en quelques jours. C'est l'*angine érythémateuse* des auteurs.

2° **Angine pultacée.** — A un degré plus avancé, la maladie s'annonce par un mouvement fébrile intense, céphalalgie et courbature très-marquée, rougeur et douleur de l'isthme du gosier, gonflement notable des amygdales : la douleur augmente par la déglutition, surtout par celle de la salive, elle se propage à l'une des oreilles, quelquefois au deux. Le deuxième jour le mouvement fébrile est très-intense, le pouls plein et fréquent, la peau halitueuse, la douleur de la gorge est plus marquée. Si on examine directement les parties malades, on trouve l'arrière-gorge très-rouge, les amygdales gonflées, la luette souvent œdématiée ; puis sur l'une ou l'autre des amygdales, habituellement sur les deux, des fausses membranes, blanches, épaisses, peu adhérentes, déposées par îlots irréguliers ; les amygdales sont panachées de blanc. Les ganglions sous-maxillaires sont à peine gonflés et douloureux, et c'est là le grand caractère distinctif de l'angine pultacée et de l'angine diphthéritique.

Le 3e jour habituellement la fièvre tombe, les fausses membranes se détachent et la guérison est complète du 4e au 7e jour.

3° **Angine herpétique.** — Dans une autre variété, les amygdales deviennent le siége, au second ou au troisième jour de la maladie, d'une éruption d'herpès qui se reproduit habituellement sur les lèvres, sur la face, aux parties génitales ou sur les parties latérales du cou.

Le début brusque et intense du mouvement fébrile ; la simultanéité des lésions sur les deux amygdales ; l'absence de gonflement des ganglions sous-maxillaires ; l'aspect de la lésion qui se présente sous l'aspect de points blancs parfaitement arrondis et dont quelques-uns offrent à leur centre un point foncé dû à l'ouverture de la vésicule d'herpès ; enfin la présence fréquente de vésicules de même nature sur la peau, sont les signes diagnostiques différentiels de l'angine herpétique et de l'angine diphthéritique.

II. Forme commune ou phlegmoneuse. — Cette forme de

l'angine revêt toutes les allures d'une maladie violente. Elle débute par un frisson suivi d'un mouvement fébrile intense et accompagné d'un sentiment douloureux dans un côté de la gorge, sentiment douloureux qui augmente d'heure en heure.

La marche de la maladie est continue, rapide et les symptômes vont sans cesse en augmentant jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès, moment où la maladie cesse pour ainsi dire brusquement, à moins qu'elle ne passe de l'autre côté de la gorge.

Dès le deuxième jour de la maladie on peut constater le gonflement considérable de l'une des amygdales, gonflement perceptible à l'intérieur et à l'extérieur. Très-souvent les parties enflammées sont recouvertes d'un enduit pultacé. Le mouvement fébrile est très-intense ; le pouls plein, fréquent ; le malaise extrême. Le troisième et le quatrième jour, le gonflement de l'amygdale s'accroît ; l'inflammation se propage au voile du palais, à la bouche, aux muscles de la mâchoire, d'où naissent de nouveaux symptômes : voix nasonnée, déglutition douloureuse, difficile, avec retour des liquides par les fosses nasales ; occlusion plus ou moins complète des mâchoires, salivation abondante, enduit des gencives et de la langue, si souvent pris, encore de nos jours, pour le signe d'un état saburral.

Le mouvement fébrile, l'agitation, l'anxiété, la douleur, le gonflement, s'accroissent jusqu'au moment où l'abcès se crève et se vide par la bouche. Cette terminaison a lieu le plus souvent le septième jour, quelquefois avant, quelquefois seulement le neuvième jour. Alors tout est terminé et le malade passe presque sans transition d'un état très-grave en apparence à la santé ; à moins toutefois que l'amygdale du côté opposé ne se prenne à son tour, auquel cas la maladie recommence et suit à peu près la même marche.

Le siége unilatéral de la lésion, le gonflement douloureux de l'amygdale perceptible sous l'angle de la mâchoire, le dépôt pultacé, pourraient faire confondre l'angine phlegmoneuse avec l'angine couenneuse. Mais le retour des boissons par le nez, l'occlusion des mâchoires et principalement l'aspect du produit pultacé suffisent pour éviter la confusion entre une maladie

très-grave et une autre qui se terminent constamment par la guérison.

III. Angine gangréneuse ou maligne. — Cette forme a été nettement distinguée par Trousseau. Dans les auteurs, elle est confondue avec la diphthérie et avec les gangrènes symptomatiques.

L'angine gangréneuse débute d'une manière insidieuse et présente, comme toutes les maladies malignes, un désaccord entre tous les symptômes. Une faiblesse allant jusqu'à la prostration ; un grand malaise, de l'anxiété, avec un mouvement fébrile insignifiant, et une affection locale peu marquée, signalant le début de la maladie. Puis des eschares grises, noirâtres, accompagnées d'une exécrable fétidité, apparaissent sur l'une des amygdales ; les symptômes d'adynamie se prononcent de plus en plus ; la tendance aux lipothymies ; le refroidissement de la peau ; la lenteur ou la fréquence extrême du pouls, sa faiblesse ; la dyspnée, annoncent une terminaison prochaine. La gangrène s'étend ; des phlébites superficielles ont été observées ; la mort est la terminaison presque fatale de la maladie. Il y a cependant quelques observations de guérison ; les forces se relèvent, les eschares se détachent, et une convalescence longue et difficile ramène le malade à la santé.

Les inflammations symptomatiques de la gorge sont décrites en partie avec les maladies dont elles constituent un des symptômes, les autres ont une importance pratique tellement restreinte que nous ne leur consacrerons pas de description spéciale. Nous ferons toutefois une exception pour l'*angine granuleuse* et l'*hyperthrophie* des *amygdales*, que nous décrirons dans deux chapitres séparés.

Traitement. — L'*angine bénigne* réclame l'emploi de trois médicaments : *belladona*, *solubilis* et *lachesis*. — Je les prescris à la troisième dilution ou trituration, 3 gouttes ou 15 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Quand la difficulté d'avaler est extrême, je prescris une

potion plus concentrée : 60 grammes d'eau, par exemple, et j'administre des cuillerées à café.

Belladona est indiquée par la rougeur, la douleur et la *sécheresse* de l'arrière-gorge : par l'extension de la douleur à l'*oreille*. Ce médicament suffit au traitement de l'angine érythémateuse.

Solubilis est le médicament principal de l'angine pultacée et herpétique. Le *dépôt blanchâtre*, la *salivation abondante*, la *gengivite*, indiquent spécialement ce médicament, qu'on alterne avec *belladona* s'il existe une douleur d'oreille.

Lachesis est indiqué quand la douleur diminue en avalant des solides ou des corps demi-solides ; il correspond aussi au dépôt pultacé.

Traitement de l'angine phlegmoneuse. — Nous n'avons qu'un petit nombre d'observations authentiques de phlegmon de la gorge arrêté par le traitement homœopathique et guéris avant la suppuration.

Le traitement indiqué précédemment soulage les malades et diminue l'intensité des symptômes. Mais *baryta carbonica* troisième et sixième dilution est le médicament capital de l'angine phlegmoneuse et plusieurs fois il a arrêté cette maladie et l'a empêchée de se terminer par suppuration.

Belladona 30e a, dans un cas, réussi à arrêter la maladie ; *hepar sulfuris*, 5 centigrammes de la substance, a réussi dans un autre cas.

CHAPITRE II

ANGINE GLANDULEUSE

L'inflammation chronique du pharynx avec hypertrophie des glandules de la membrane muqueuse est une affection morbide très-commune et le plus habituellement symptomatique de la *dartre*, des *hémorrhoïdes* et de *la goutte :* on la retrouve aussi chez les *scrofuleux* et chez les phthisiques.

Cette affection a, par sa fréquence et la difficulté de sa gué-

rison, une grande importance pratique. Elle est caractérisée par un enrouement variable, par le besoin fréquent de faire une expiration brusque et bruyante, comme pour chasser du larynx ce qui fait obstacle à ses fonctions; enfin, par le développement des glandules de la muqueuse du voile du palais, du pharynx et du larynx.

La maladie débute habituellement par un coryza, un rhume avec enrouement; puis, le rhume étant guéri, l'enrouement persiste avec léger mal de gorge en avalant; sensation d'un corps étranger dans le larynx; besoin d'expulser ce qui fait obstacle à la phonation. A ce moment, l'isthme du gosier est uniformément rouge; à d'autres instants, il présente des développements vasculaires par places; la luette est souvent volumineuse. Un peu plus tard, la maladie se caractérise davantage; le chatouillement du larynx, la douleur en avalant persistent; la petite toux particulière s'accompagne d'une expectoration caractéristique; ce sont des petits crachats grisâtres, arrondis, compactes; d'autres fois, ils sont verdâtres, un peu plus gros et ont été comparés à des pointes d'asperges; en même temps, les granulations se montrent dans toute l'arrière-gorge. Cette maladie a une marche essentiellement chronique et rémittente; mais lorsqu'elle dure déjà depuis plusieurs années, l'enrouement devient de plus en plus persistant; il est marqué surtout le matin et disparaît quelquefois par l'exercice de la voix, mais pour être d'autant plus prononcé le lendemain; il peut arriver à une *aphonie* complète. Cette affection, qui finit par déterminer de l'hypochondrie et de l'amaigrissement, s'accompagne souvent d'un peu de *surdité* et d'une légère diminution de l'*odorat*; elle rend impossible l'exercice des professions dans lesquelles il est nécessaire de beaucoup parler ou de chanter; elle ne guérit pas spontanément. Héréditaire comme la *dartre*, la *goutte*, les *hémorrhoïdes* et la *scrofule*, l'angine glanduleuse sévit plus particulièrement chez les hommes de 25 à 35 ans; elle atteint surtout les avocats, les prêtres, les chanteurs, les crieurs publics, en un mot, ceux qui sont obligés de faire un usage immodéré de la voix.

Traitement. — Les médicaments principaux sont : *belladona*, *sulfur*, *hepar sulfuris*, *iodium*, *sepia*, *nux vomica*, *arsenicum*, *aurum*, *carbo vegetabilis*, *phosphorus*.

Sepia est très-indiqué par la matière médicale : excrétion fréquente par chatouillement dans la gorge et le larynx ; enrouement qui ne permet ni de parler haut ni de chanter ; crachats muqueux, blancs, qui ressemblent à des grains de millet.

J'ai obtenu de très-notables améliorations par l'administration successive de *belladona* et *sulfur* 30e. *Belladona* quatre jours ; repos quatre jours, puis *sulfur* de la même manière ; c'est là ma médication habituelle. Quand le mal est manifestement hémorrhoïdaire, je remplace *belladona* par *nux vomica* alternée de la même manière avec *sulfur*. *Nux vomica* est encore indiquée par un grattement dans la gorge, sensation d'étranglement et de brûlure.

Arsenicum est un des principaux médicaments ; il est indiqué chez les dartreux. Les symptômes qui le feront choisir sont les suivants : brûlement avec sentiment de grande sécheresse, grattement avec accumulation de mucosité grise ou verdâtre d'un goût salé ; sensation de sécheresse et du brûlement dans le larynx avec expuition de mucosité, visqueuse ou grisâtre ; tussiculation ; voix enrouée.

Phosphorus trouve son indication spéciale dans la douleur du larynx même par la respiration.

Carbo vegetabilis dans l'aphonie complète.

Le traitement de cette affection est d'autant plus difficile qu'elle dépend de maladies différentes. Il faut souvent avoir recours au traitement par les eaux minérales. Le *Mont-Dore* et *Allevard* sont les deux thermes que nous recommandons sans qu'il nous soit possible de pouvoir préciser les indications qui doivent faire préférer l'une de ces eaux à l'autre.

CHAPITRE III

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Cette lésion est caractérisée par l'hypertrophie et l'induration de tous les éléments des amygdales ; tissu cellulaire, parois des lacunes, dont les cavités sont agrandies ; augmentation du nombre et du volume des follicules clos, qui atteignent la grosseur d'un grain de millet ; en un mot, c'est une véritable *hyperplasie.*

On a l'habitude d'enseigner que l'hypertrophie des amygdales est une terminaison de l'angine tonsillaire ; il faudrait ajouter que cette lésion ne s'observe que chez les scrofuleux, et qu'elle se produit, le plus souvent, sans être précédée d'inflammation violente. Elle survient principalement chez les enfants qui ont le *mufle scrofuleux* et dont le nez, constamment oblitéré par des mucosités et par le gonflement de la membrane muqueuse, ne permet pas le passage de l'air ; en sorte que les enfants respirent constamment par la bouche ; ce qui soumet les amygdales à un courant alternatif d'air froid et d'air chaud, et détermine des inflammations catarrhales extrêmement fréquentes.

L'hypertrophie s'opère graduellement ; elle siége presque toujours sur les deux amygdales. Ces glandes, extrêmement volumineuses, rétrécissent considérablement l'isthme du gosier ; refoulent le voile du palais en haut, et oblitèrent l'ouverture postérieure des fosses nasales. Elles présentent, à l'examen direct, une surface lisse, quelquefois polie, quelquefois rouge, mais qui laisse voir les ouvertures très-élargies de nombreuses lacunes.

Cette lésion, quand elle atteint un degré considérable, entraîne, pour le reste de l'organisme, des désordres très-importants : nasonnement de la voix ; dûreté de l'ouïe, due plutôt à l'épaississement de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache qu'à l'oblitération de ce conduit par la glande hypertrophiée ; difficulté de la respiration, et par suite, rétrécissement de toutes les voies aériennes situées au-dessous de l'obstacle,

d'où une déformation du thorax, d'autant plus marquée que la maladie a commencé dans un âge moins avancé. Le développement normal des organes de l'abdomen et l'atrophie des organes respiratoires entraînent un défaut de proportion qui modifie la forme du thorax. Les fausses côtes sont fortement écartées ; en sorte que le thorax semble rétréci à la réunion de son tiers inférieur avec son tiers moyen ; les contractions exagérées du diaphragme contribuent, pour leur part, à cette déformation, et la rendent plus marquée au niveau des insertions de ce muscle. Ajoutons à ces symptômes le ronflement en dormant ; la difficulté de respirer allant jusqu'à de véritables accès de suffocation ; le dépérisssement des petits malades, et nous aurons le tableau complet des désordres déterminés par l'hypertrophie des amygdales.

Cette lésion a peu de tendance vers la guérison spontanée. On cite cependant quelques cas, où elle a beaucoup diminué vers l'âge de la puberté ; elle peut encore disparaître à la suite de l'abcès de l'amygdale.

Traitement. — Le traitement de cette lésion est surtout chirurgical et consiste dans l'ablation des amygdales. Lambron a préconisé récemment l'emploi des douches sulfureuses. *Belladona*, *baryta carbonica*, *aurum*, *sepia iodium* et *sulfur* ont été employés avec succès dans le traitement de cette lésion (clinique de Beauvais de Saint-Gratien, observations 113, 138, 139). Le traitement doit commencer par *belladona*, que l'on fait suivre de *sulfur*, *sepia*, *aurum* ou *baryta carbonica*, suivant les indications. *Belladona* a été surtout administrée à la 30e dilution, une dose tous les quinze jours. Tous ces médicaments, excepté *aurum*, sont indiqués par la matière médicale. On devra commencer le traitement par *belladona*, surtout s'il y a un peu de rougeur inflammatoire. *Sulfur* et *aurum* ne seront administrés que si *sepia* et *baryta* ont échoué ; *iodium* 3e trituration, donné seul, a procuré une guérison.

Dans une maladie aussi chronique, on devra donner une seule dose tous les jours pendant vingt jours. Huit jours de repos et recommencer. Il faudra varier les dilutions de la 3e tritu-

ration à la 30e et même la 200e. Je conseille, d'après les observations cliniques, de commencer par la 30e dilution au moins pour *belladona* et *sulfur*. *Baryta* m'a donné des succès à la 3e trit.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS SYPHILITIQUES ET SCROFULEUSES DE LA GORGE

Affections syphilitiques. — On observe dans ces régions des *accidents primitifs*, le chancre presque toujours induré ; des accidents secondaires, plaques muqueuses et ulcérations des amygdales et de l'isthme du gosier ; des accidents tertiaires, gommes de la langue, du voile du palais, du pharynx. Ces derniers accidents produisent de grandes pertes de substances, des caries et des perforations de la voûte palatine. Les accidents primitifs et secondaires s'accompagnent du gonflement et de l'induration des ganglions sous-maxillaires correspondants ; ils s'accompagnent d'une douleur habituellement peu intense et qui a des redoublements nocturnes.

Traitement. — Consulter celui de la syphilis en général.

Affections scrofuleuses. — En dehors des *granulations* et de l'*hypertrophie* des amygdales la scrofule se manifeste quelquefois par une sorte de *lupus* de l'arrière-gorge. Des ulcérations profondes, des pertes de substances considérables, avec gonflement et induration des ganglions sous-maxillaires caractérisent cette affection qui peut se terminer fatalement soit par son extension au larynx, soit par perforation d'une artère volumineuse.

Traitement. — Celui de la scrofule.

CHAPITRE V

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN

Il est utile de dire un mot du phlegmon et de l'abcès rétro-pharyngien, parce que cette affection est quelquefois confondue avec le croup ; nous ne parlerons que du phlegmon aigu, et non de l'abcès par congestion qui accompagne la carie des vertèbres cervicales.

C'est surtout pendant la première enfance que le phlegmon rétro-pharyngien est difficile à diagnostiquer. Il s'annonce par un mouvement fébrile, du malaise, de l'angoisse, de l'agitation ; puis, la déglutition devient difficile, l'enfant tette difficilement ; il refuse le sein et pleure toutes les fois qu'il veut avaler. A ces symptômes s'ajoutent bientôt : de la dyspnée, des accès de suffocation, de la toux, et la raucité de la voix. La compression de la partie supérieure du larynx et l'œdème de la glotte concomitante sont les causes de ces derniers accidents.

Habituellement, on peut constater un engorgement inflammatoire sur les côtés du cou : la fluctuation se reconnaît habituellement par le toucher dans un point du pharynx ; souvent on constate *de visu* la tumeur phlegmoneuse et une déformation de l'isthme du gosier.

Le **traitement** médical échoue presque constamment et le phlegmon arrive à l'abcès malgré tout. On pourra employer successivement : *Bryonia, mercurius* et *hepar sulfuris ;* si la dyspnée est considérable, il faudra ouvrir le plus tôt possible et peut-être pratiquer la *trachéotomie.*

LIVRE III

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE

CHAPITRE PREMIER

ŒSOPHAGITE

L'œsophagite est la phlegmasie de l'œsophage. Quelques observations permettent d'admettre une œsophagite essentielle ; c'est la seule que nous décrirons ici. Les inflammations de l'œsophage qui surviennent dans le muguet, la diphthérie, les fièvres continues et éruptives, les empoisonnements, la brûlure, ne présentent rien de bien intéressant pour la pratique.

La *douleur* en avalant étant le principal symptôme de cette maladie, elle a été longtemps confondue avec les autres affections de l'œsophage sous les noms de *dysphagie* et d'*angine œsophagienne*.

Division. — 2 formes : *œsophagite érythémateuse* et *abcès de l'œsophage*.

La gangrène de l'œsophage est-elle essentielle ?

La question ne peut être résolue par les faits que nous possédons.

I. Forme érythémateuse. — La maladie débute habituellement brusquement par une douleur qui augmente rapidement d'intensité, et à laquelle vient se joindre un état fébrile plus ou moins marqué. La douleur siége le plus souvent au bas du pharynx et se prolonge derrière le sternum jusqu'au cardia ; d'autres fois, elle existe plus marquée en arrière, le long de l'épine dorsale. Elle présente pour caractère de s'aggraver considérablement par la déglutition et de déterminer alors des spasmes de l'œsophage et du pharynx qui amènent le rejet convulsif du

bol alimentaire et des boissons ; ces dernières ressortent quelquefois par le nez. Il existe une expuition de matière muqueuse très-fatigante pour les malades. Dans les cas intenses, il y a un mouvement fébrile bien marqué : pouls large et grand ; peau halitueuse ; une soif vive que les malades ne peuvent satisfaire ; une anxiété en rapport avec la douleur. La maladie se termine à la fin du premier septénaire ; elle peut cependant atteindre le quatorzième jour. Elle se termine par la guérison.

II. Abcès de l'œsophage. — Les abcès de l'œsophage sont sous-muqueux; ils font toujours saillie à l'intérieur et déterminent une dysphagie très-considérable. La douleur est plus circonscrite que dans la forme précédente. Il est fréquent de voir se développer des symptômes généraux fort graves : délire; convulsions ; la face est rouge; les yeux injectés ; le pouls fréquent, petit, déprimé. La durée de la maladie est plus longue que dans la forme précédente et se prolonge jusque vers le dix-septième ou vingtième jour.

La guérison est la règle. Cependant, quand l'abcès est situé dans le haut de l'œsophage, il détermine souvent un *œdème de la glotte* qui est une complication dangereuse. Certains cas de perforation de l'œsophage se rapportent à l'œsophagite.

Traitement. — *Cocculus*, *cantharis*, *asa fœtida*, *mezereum* et *arsenicum*, sont les médieaments principaux de l'œsophagite ; ajoutons que la pathogénésie et la clinique sont également pauvres de renseignements sur ce point. *Cocculus* convient pour une douleur brûlante, occupant l'œsophage avec régurgitation d'odeur sulfureuse. *Cantharis*, déglutition difficile avec régurgitation nocturne ; *arsenicum*, déglutition douloureuse, impossible; siége de la dysphagie dans l'œsophage ; crampe dans l'œsophage. *Mezereum*, brûlure dans l'œsophage.

CHAPITRE II

ŒSOPHAGISME

L'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage, est un symptome commun à plusieurs maladies; il comprend non-seulement le spasme de l'œsophage lui-même, mais encore celui du pharynx; c'est la *dysphagie nerveuse*. En outre, on décrit habituellement, sous ce même titre, la sensation de *boule*, de corps étranger dans la gorge.

La *dysphagie nerveuse* est un symptôme fréquent dans l'hystérie, l'hypochondrie, la folie et la rage; il peut apparaître encore, à titre de symptôme exceptionnel, dans l'inflammation, le cancer et le rétrécissement de l'œsophage; enfin, on l'observe encore dans le cours d'affections organiques du cerveau et de la portion supérieure de la moelle épinière.

Ce symptôme survient brusquement pendant le repas; le malade perd tout à coup la faculté d'avaler; quelquefois le bol alimentaire, agité de mouvements contraires, est repoussé alternativement de haut en bas et de bas en haut dans toute la longueur de l'œsophage; puis une brusque contraction l'expulse au dehors ou le précipite dans l'estomac.

L'impossibilité d'avaler, de faire franchir quoi que ce soit au point rétréci spasmodiquement cesse tout à coup. Le plus souvent ce sont les solides qui passent le plus difficilement; d'autres fois ce sont les liquides. Certains malades avalent mieux chaud, les autres froid. Enfin, il faut noter une complication assez effrayante, c'est la propagation du spasme aux muscles de la glotte et la suffocation qui en est la suite.

Les circonstances qui déterminent l'accès de *dysphagie nerveuse*, chez les malades, sont la déglutition, quelquefois la déglutition d'un aliment en particulier; une impression morale, l'imagination, la pensée que l'accès va survenir: l'idée qu'on est atteint de la rage à la suite de la morsure d'un chien bien portant.

La dysphagie nerveuse peut revêtir la forme d'*œsophagisme ha-*

bituel. Elle est constituée par la sensation d'un corps étranger, d'une boule ; ce symptôme est très-fréquent chez les hystériques et chez les fous ; quelquefois il est porté au point d'empêcher la déglutition. Il se rapproche alors de la dysphagie, que nous venons de décrire ; mais, le plus souvent, le malade surmonte la première difficulté d'avaler ; puis la sensation morbide disparaît pendant tout le repas.

Traitement. — Le cathétérisme de l'œsophage est un moyen de faire disparaître l'accès d'œsophagisme. Quand on arrive au point rétréci, on rencontre une résistance qui paraît invincible, mais qui cède tout à coup par le contact même de la sonde. Le *massage* du pharynx réussit quand le symptôme siége dans les régions supérieures. La prétendue réduction de la *luxation des appendices cartilagineux de l'os hyoïde* (dysphagie valsalvienne), agit par le massage. On doit rapprocher de ce moyen la déglutition forcée d'une grande quantité d'eau froide (la question par l'eau) pratiquée par Récamier. Mais tous ces moyens sont fort pénibles, et seront remplacés avantageusement par l'administration des médicaments suivants : *belladona*, *stramonium*, *hyosciamus niger*, et *lachesis ;* puis, en seconde ligne, *ignatia*, *valeriana.*

Les trois solanées sont principalement indiquées quand la dysphagie s'accompagne de l'*horreur des liquides*; le *lachesis* et l'*ignatia* quand le symptôme disparaît par une déglutition forcée.

Le sentiment de boule, chez les hystériques, réclame encore *ignatia* et *valeriana.*

Ces médicaments seront administrés d'abord à la 30e dilution, deux fois par jour. Si on n'obtenait rien, quoique le médicament parût bien indiqué, il faudrait descendre aux triturations et à la teinture mère ; mais les hautes dilutions m'ont plus souvent réussi.

CHAPITRE III

DYSPHAGIE PARALYTIQUE

Nous préférons ce nom à celui de *paralysie dv l'œsophage*, parce que cette dernière expression correspond seulement à une variété du symptôme.

La dysphagie paralytique est un symptôme commun à un grand nombre de maladies. Les principales sont : la diphthérie, la démence, la paralysie générale des aliénés, les affections organiques du cerveau et de la moelle épinière, l'hystérie. Cette dysphagie constitue même encore le symptôme principal de la maladie décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *paralysie labio-glosso, pharyngée.*

Les phénomènes de la dysphagie paralytique varient avec le siége de la paralysie. Nous nous contenterons d'indiquer le nasonnement, le retour des aliments par le nez, leur introduction possible dans la glotte, la déviation et l'immobilité du voile du palais par les paralysies du pharynx ; l'arrêt du bol alimentaire dans le canal œsophagien, les efforts impuissants du malade, la facilité plus grande d'avaler les aliments solides ou demi-solides pour les paralysies de l'œsophage.

Traitement. — *Belladona*, *hyosciamus*, *stramonium*, *lachesis*, *causticum*, sont les médicaments de la dysphagie paralytique.

CHAPITRE IV

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

C'est une lésion des parois de l'œsophage caractérisée par la perte de l'élasticité de ces parois ou par de véritables brides. Ces lésions toujours circonscrites, quelquefois multiples, sont la conséquence, la suite d'inflammation antécédente. Quand il

n'y a eu ni ulcération ni suppuration, le rétrécissement est constitué seulement par la perte d'élasticité, perte d'élasticité qui, dans un point déterminé, empêche l'œsophage de se dilater dour laisser passer le bol alimentaire. A l'autopsie, on trouve le canal à peine rétréci ; seulement, les parois présentent, en un point, une induration et un épaississement, qui dans les cas les plus graves est constitué par un tissu cartilagineux et même osseux.

Quand le rétrécissement succède à une ulcération ou à une suppuration (brûlure, abcès de l'œsophage), on trouve alors une véritable cicatrice avec brides et déformation du canal. Telle est la lésion qui constitue le rétrécissement proprement dit ; mais il faut savoir que le calibre de l'œsophage peut être rétréci par des tumeurs venues du dehors, ou même développées dans les parois de l'organe : polypes, cancer, abcès, tumeurs anévrysmales, tumeurs ganglionnaires, hypertrophie considérable du foie.

Les symptômes de cette lésion sont, dans le commencement, la difficulté plus ou moins considérable de la déglutition, principalement des solides. Cette difficulté peut aller jusqu'à l'impossibilité d'avaler la plus petite goutte de liquide ; un sentiment de gêne, quelquefois de douleur, existe en un point déterminé. La lésion faisant des progrès, la déglutition devient à peu près impossible ; le malade fait de grands efforts pour avaler. Les aliments sont rejetés presque immédiatement si le rétrécissement siége à la partie supérieure de l'œsophage ; quand, au contraire, le rétrécissement avoisine le cardia, l'œsophage se dilate et forme une espèce de jabot au-dessus du rétrécissement ; là, les aliments subissent un commencement de digestion, puis, la plus grande partie est rejetée au dehors et une petite partie pénètre dans l'estomac. La régurgitation des aliments dans le rétrécissement de l'œsophage se fait tantôt doucement, tantôt brusquement et avec des efforts accompagnés de toux et de suffocation. Chez un certain nombre de malades, la déglutition des liquides s'accompagne d'une sorte de gargouillement.

Le malade s'attriste, maigrit, perd ses forces et finit par mourir de faim, comme dans le cancer du cardia.

Le **Traitement** de cette lésion est tout chirurgical. Il consiste dans la dilatation du rétrécissement à l'aide de bougies et de sonde dont le volume s'accroît progressivement.

Le cathétérisme de l'œsophage se fait à l'aide de sondes dites œsophagiennes. Le doigt indicateur de la main gauche est placé le plus profondément possible et sert à abaisser la langue ; la sonde enduite d'un corps mucilagineux est conduite le long du doigt, puis légèrement inclinée à gauche jusqu'à ce qu'elle rencontre la face postérieure du pharynx ; là, elle se recourbe et suivant la face postérieure du pharynx pénètre dans l'œsophage. Si on fait fausse route, on en est habituellement averti par la toux et la suffocation. Une fois parvenu dans l'œsophage, la sonde est poussée doucement jusque dans l'estomac ; si elle doit rester à demeure, son extrémité supérieure est saisie par un fil double ; passée dans les fosses nasales à l'aide de la sonde de Belloc et ramenée par le nez ou mieux elle est introduite directement par les fosses nasales.

Cette sonde sert à dilater le rétrécissement et à nourrir le malade. Il faut avoir soin de pousser d'abord quelques gouttes d'eau seulement, car certains malades ne distinguent pas si la sonde pénètre dans la trachée ou dans l'œsophage, et il y aurait de graves inconvénients à pousser une pleine seringue de bouillon dans le poumon. Quand la sonde cesse d'être serrée, quand elle joue facilement dans le rétrécissement, on la retire pour en introduire une plus volumineuse.

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation graduelle et par l'introduction successive de bougies des plus grosses du Dr Béniqué, serait applicable au traitement des rétrécissements de l'œsophage, comme ils sont applicables à ceux du rectum.

Dans les cas où on ne peut parvenir à franchir le rétrécissement, on a proposé l'*œsophagotomie* et même la *gastrotomie* ; la première de ces opérations a prolongé les jours du seul malade auquel on l'ait pratiquée ; la seconde a déterminé la mort en moins de vingt-quatre heures.

CHAPITRE V

HÉMORRHAGIE DE L'ŒSOPHAGE

Nous n'avons absolument à signaler que les hémorrhagies dues à des piqûres de sangsues. Cet accident s'est produit quelquefois chez des personnes qui avaient bu précipitamment de l'eau contenant de petites sangsues. L'hémorrhagie peut quelquefois devenir inquiétante. Il faut d'abord faire tomber les sangsues à l'aide d'eau fortement salée, puis administrer ensuite l'*arnica*. Ici il est avantageux d'administrer la teinture mère, 1 gramme dans 200 grammes d'eau, par cuillerée, toutes les heures, parce que le médicament agit en même temps comme topique. On observe encore l'hémorrhagie de l'œsophage à la période d'ulcération du cancer de cet organe.

CHAPITRE VI

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE

C'est une lésion qui survient brusquement, bien qu'elle soit probablement préparée par une altération, encore indéterminée, des parois de l'œsophage. Elle se termine rapidement par la mort.

La rupture de l'œsophage ne s'est jamais produite qu'au milieu d'efforts de vomissements provoqués. Une douleur violente, subite, accompagnée d'un sentiment de rupture, caractérise cette lésion. Le malade, anxieux, immobilisé par la douleur, habituellement incliné en avant, est couvert d'une sueur froide ; le pouls est petit, misérable, la respiration accélérée et difficile. La douleur se propage des deux côtés, quelquefois d'un seul. Les boissons prises par le malade aggravent la douleur, l'oppression et l'anxiété. Le refroidissement augmente, le pouls diminue, et le malade succombe après dix-huit ou trente-six heures.

A l'autopsie, on trouve l'œsophage rompu près du cardia, les deux extrémités rétractées; les parois saines, ou bien présentant une sorte de *ramollissement gélatiniforme*.

Traitement. — Quand on a diagnostiqué la rupture de l'œsophage, la première chose à faire est de pratiquer le cathétérisme; et si on parvenait à introduire la sonde dans l'estomac, il faut laisser cette sonde à demeure et s'en servir pour introduire les médicaments et les aliments. L'*arnica* est le principal médicament.

Si on ne pouvait faire parvenir une sonde dans l'estomac, il faudrait plonger le malade dans un narcotisme profond, afin d'immobiliser les viscères et de donner aux adhérences le temps de s'organiser ; il est évident que les médicaments seraient administrés par le rectum.

CHAPITRE VII

PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE

Cette lésion diffère de la rupture parce que la communication anormale entre la cavité de l'œsophage et les organes voisins s'établit à l'aide d'un travail pathologique : ulcération ou gangrène.

Les perforations de l'œsophage s'établissent tantôt de ce conduit vers les organes voisins, tantôt des organes voisins vers l'œsophage. Les maladies ou les lésions qui amènent la perforation par le premier mécanisme sont les corps étrangers, les rétrécissements, le cancer.

Les perforations qui viennent du dehors sont dues le plus souvent à un anévrysme ou à un abcès ; à une ulcération tuberculeuse ou autre de la trachée ; l'abcès peut siéger dans le médiastin ou le poumon, être essentiel ou tuberculeux. La communication de l'œsophage avec l'organe voisin peut être directe, mais d'autres fois il existe une cavité intermédiaire.

Les signes de la perforation varient avec les affections morbides qui déterminent cette lésion. Quand elle succède à une ulcération de l'œsophage, déterminée elle-même par un rétrécissement ou un corps étranger, les symptômes du rétrécissement sont subitement remplacés par ceux de la perforation. Ce sont ceux de la pénétration des aliments et des boissons dans les plèvres, dans les bronches ou dans la trachée. Une douleur vive dans le premier cas, une toux suffocante avec expulsion des matières alimentaires dans le second cas.

Quand la perforation vient du dehors et qu'un abcès ou un anévrysme s'ouvre dans l'œsophage, le malade vomit du pus ou du sang, en quantité variable.

Dans le dernier cas, il y a plus tôt ou plus tard une hématémèse foudroyante.

Cette lésion est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et on comprend que son pronostic et son traitement varient avec l'affection morbide qui l'a produite. Constamment mortelle quand elle succède à un anévrysme, la perforation peut guérir quand elle est la terminaison d'un abcès. La première condition du traitement est d'établir une sonde à demeure dans l'œsophage.

CHAPITRE VII

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Après ce que nous avons dit du cancer en général, du rétrécissement et de la perforation de l'œsophage, il reste peu de chose à ajouter pour compléter l'histoire du *cancer de l'œsophage*.

Ce cancer siége le plus souvent à la partie inférieure de l'œsophage, ou bien il occupe la réunion du pharynx et de l'œsophage. Il s'annonce par de la dysphagie, une douleur fixe, des signes croissants de rétrécissement, quelquefois une tumeur appréciable sur les côtés du cou. A la période de ramollisse-

ment, les signes du rétrécissement peuvent diminuer, mais on voit survenir des hémorrhagies, des régurgitations sanieuses, et tous les signes de la cachexie. La mort arrive soit par rupture, perforation ou hémorrhagie, soit par le progrès de la cachexie, et très-souvent par inanition.

Le **Traitement**, aussi nul que celui du cancer en général, comporte ici en plus le cathétérisme œsophagien nécessaire pour nourrir le malade.

LIVRE IV

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

CHAPITRE PREMIER

INDIGESTION

C'est une maladie caractérisée par l'arrêt de la digestion stomacale; arrêt qui a pour conséquence le rejet, par le vomissement et par les selles diarrhéiques, d'aliments incomplètement digérés.

Cette maladie est extrêmement commune; elle présente deux formes à étudier ; la *forme commune* et la *forme grave*, qu'on a aussi appelée *apoplectique*.

I. FORME COMMUNE. — L'indigestion reconnaît presque toujours une cause occasionnelle manifeste. C'est, le plus souvent, l'ingestion dans l'estomac de substances alimentaires particulières, appelées *indigestes*; et il ne faut pas oublier que la qualité indigeste des aliments varie avec chaque individu. La trop grande quantité d'aliments, même non indigestes, un refroidissement, sont aussi des causes d'indigestion. C'est de cette dernière façon qu'agissaient les glaces et le bain froid, à une époque trop rapprochée du repas; une trop grande chaleur produit les mêmes effets. Une émotion vive, la vue ou le seul souvenir d'un objet dégoutant, la vue d'une personne qui vomit, suffisent pour troubler la digestion dans certains organismes extrêmement impressionnables. Il y a des personnes très-sujettes aux indigestions, et d'autres qui n'en éprouvent jamais. La vieillesse est une cause prédisposante de cette maladie; il en est de même de l'état de convalescence.

L'indigestion débute quelques heures après le repas; elle s'annonce par un malaise tout particulier, et qui ne trompe jamais

ceux qui ont déjà éprouvé cette maladie : pesanteur épigastrique, sentiment de froid si le malade est levé; insomnie ou cauchemar s'il est couché; mal de tête; mais un sentiment de nausée, de plus en plus prononcé, est le symptôme dominant du début. Bientôt surviennent des rapports nidoreux, putrides, quelquefois ayant le goût d'œufs couvés; ces rapports soulagent pour un instant; les nausées augmentent, une salive insipide afflue à la bouche, le malaise est à son comble; enfin le malade rejette, par un ou plusieurs vomissements, les aliments qui remplissaient l'estomac. Ces vomissements, qui quelquefois sont extrêmement douloureux, soulagent immédiatement le malade; puis des gargouillements, des coliques intestinales, des besoins d'aller à la garde-robe se font sentir, et le malade est pris d'une diarrhée brûlante, jaune foncé, écumeuse, contenant souvent des matières indigérées; les selles liquides continuent quelques heures, et la maladie est terminée, laissant pour le lendemain la langue blanche, un peu d'inappétence, de douleur de tête et de sensibilité épigastrique.

Dans le degré le plus faible, l'indigestion se borne à des nausées suivies de quelques selles liquides; dans un degré plus intense les vomissements se répètent fréquemment pendant plusieurs heures, mais ils soulagent toujours les malades; ce qui distingue l'indigestion de l'*empoisonnement*. La plénitude de l'estomac, reconnaissable par la percussion, est un excellent signe distinctif de l'indigestion; il est fréquent d'observer un mouvement fébrile de douze à vingt-quatre heures après une indigestion très-intense.

II. Forme grave. — L'indigestion revêt quelquefois une allure beaucoup plus grave; le malaise et les nausées se prolongent pendant des heures; un assoupissement plus ou moins profond, avec gêne de la respiration, face vultueuse ou très-pâle, indiquent une situation périlleuse; cependant, le plus souvent encore, le malade vomit, et tout se termine par des évacuations abondantes; mais d'autres fois la somnolence et le malaise augmentent, et le malade périt, surtout si c'est un vieillard ou un

convalescent. La mort arrive par le coma, et, le plus souvent, par syncope. On a appelé cette forme *apoplectique*.

La rupture de l'estomac a été observée pendant les efforts du vomissement, et constitue un accident mortel de l'indigestion; mais il n'est pas démontré que cet accident puisse se produire en l'absence de toute lésion antécédente.

Traitement. — *Ipeca*, *pulsatilla*, *graphites*, *tartarus emeticus*, *opium*, *carbo vegetabilis* et *arsenicum*, sont les principaux médicaments de l'indigestion.

Ipeca convient à la plupart des cas et à toutes les périodes de la maladie; nausées, avec malaise, pâleur, refroidissement, vomissements, diarrhée. On administre une dose toutes les demi-heures, soit dans de l'eau, soit à sec si les boissons répugnent. La 6e dilution est celle que j'ai le plus souvent employée. Tout à fait au début, ce médicament peut arrêter la maladie, même avant le vomissement.

Pulsatilla est principalement indiquée pour le traitement des indigestions par les choses grasses, la charcuterie, la pâtisserie; l'afflux d'eau à la bouche avec bâillements spécialise son indication. Je l'ai vue souvent arrêter l'indigestion avant le vomissement : même dose, même mode d'administration que l'ipéca.

Graphites est un médicament préventif plutôt que curatif. Il est indiqué par la pesanteur de l'estomac, la régurgitation d'aliments à moitié digérés. Il doit être administré avant la période des nausées, à la 12e dilution, toutes les demi-heures.

Tartarus emeticus est le médicament de la forme grave avec symptôme apoplectique.

Opium serait indiqué de préférence si la pupille était rétractée, le pouls lent, et s'il n'y avait eu aucune évacuation.

Carbo vegetabilis est indiqué quand l'indigestion est causée par des aliments gâtés.

Arsenicum convient dans les indigestions causées par les fruits et par les glaces.

CHAPITRE II

GASTRITE

L'inflammation de l'estomac accompagne un grand nombre de maladies; c'est un symptôme de presque tous les empoisonnements; il se montre fréquemment dans le cours des fièvres et en particulier de la fièvre typhoïde. L'histoire bien connue de la gastrite symptomatique, vérifiée par des autopsies nombreuses, nous permettra de donner la description de la *gastrite essentielle*, dont l'histoire est aujourd'hui plus obscure que jamais.

La gastrite essentielle présente à étudier trois formes bien distinctes : la *forme bénigne*, la *forme chronique* et la *forme maligne*. Quant à la *forme grave* de certains auteurs, elle doit être rattachée à l'*ulcère simple* de l'estomac. Il faut considérer comme un résultat de l'esprit de système les divisions organiciennes de la gastrite en gastrite phlegmoneuse, gastrite érythémateuse, du tissu cellulaire, de la muqueuse, du péritoine, etc.

I. Forme bénigne. — Maladie fréquente, suite ordinaire d'un mauvais régime, d'une surchage habituelle de l'estomac, de l'usage d'aliments indigestes, de défaut d'exercice, elle est généralement décrite sous le nom d'*embarras gastrique*. Elle est caractérisée par de l'anorexie, un goût pâteux, amer, une langue blanche; des nausées, de la constipation, un malaise général avec courbature; la céphalalgie et la douleur épigastrique spontanée existent presque constamment.

Cet ensemble de symptômes dure à peine un septénaire et se dissipe spontanément, si le malade observe une diète convenable; si, au contraire, ce qui arrive souvent, il se force pour manger, s'il prend des excitants, son état persiste et s'aggrave. Il survient des vomissements alimentaires et bilieux, une douleur épigastrique intense et un mouvement fébrile modéré. Le malade est alors contraint de se soigner, et la guérison arrive constamment après deux et trois semaines de maladie.

Dans une variété plus aiguë, la maladie débute d'emblée par

des vomissements bilieux, de la douleur épigastrique, un mouvement fébrile et de la constipation. Cette variété plus aiguë a une durée qui dépasse rarement un septénaire; elle est infiniment plus rare que la précédente.

Les vomissements bilieux, la douleur épigastrique et la constipation constituent le caractère distinctif de la gastrite.

II. Forme maligne. — Rilliet et Barthez on décrit chez les enfants une *forme ataxique* de la gastrite. C'est une affection extrêmement grave, à marche suraiguë, qui affecte tantôt la forme *méningée*, tantôt la forme *éclamptique*, elle se distingue par l'existence habituelle de la diarrhée. On rencontre dans les auteurs quelques observations isolées de gastrite avec gangrène. Chez des enfants encore, cette variété de gastrite s'accompagne d'un mouvement fébrile violent, vomissements noirs, diarrhée, *adynamie profonde* et mort rapide.

III. Forme chronique. — L'histoire de la forme lente de la gastrite est beaucoup plus précise que la précédente, parce qu'elle repose sur des autopsies qui manquent à l'histoire de la gastrite bénigne.

Cette forme est fréquente dans la première enfance, où elle reconnaît pour cause une alimentation vicieuse et un sevrage prématuré. Chez l'adulte, elle est presque toujours occasionnée par un mauvais régime, par l'ingestion habituelle d'aliments indigestes et de mauvaise qualité. Les aliments épicés et de haut goût n'ont aucune action sur la production de cette maladie.

La maladie débute sourdement. Les adultes se plaignent des symptômes attribués à l'*embarras gastrique;* les enfants mangent moins, sont constipés et maigrissent. Le vomissement est le symptôme principal de la maladie confirmée; vomissement très-fréquent des aliments; à jeun, vomissement d'un liquide filant, presque incolore; vomissement bilieux; vomissement noirâtre, marc de café comme dans le cancer; douleur épigastrique qui, chez l'enfant, se traduit par des cris, de l'agitation, de l'insomnie; la langue est rouge sur les bords et saburrale sur la face. L'amaigrissement accompagne les vomissements et fait

des progrès rapides; les adultes perdent 40 à 60 livres en quelques mois; les enfants tombent dans un marasme comparable à celui engendré par la diarrhée cholériforme. Le teint se conserve quelque temps; mais la pâleur avec coloration grisâtre de la peau finit par s'établir. Arrivée à cette période, la maladie persiste pendant des mois sans amener la mort. Souvent, sous l'influence d'un traitement habilement dirigé, les vomissements diminuent d'abord, puis cessent complètement; l'appétit revient; et, après quelques semaines d'un régime restreint, les malades recouvrent leurs facultés digestives tout entières et engraissent alors, les enfants surtout, avec une grande rapidité. La constipation est le dernier symptôme qui persiste.

Si la maladie doit se terminer par la mort, les vomissements deviennent continuels; ils contiennent du sang; les malades s'épuisent de plus en plus et finissent par succomber. Chez les enfants, les convulsions hâtent quelquefois ce triste dénoûment.

A l'*autopsie :* estomac rétréci, à parois très-épaissies; la membrane muqueuse, d'un rouge brunâtre, ramollie et détruite dans certains points. Le microscope démontre que l'épaississement des parois stomacales est dû à une *hypertrophie* fibreuse sans trace de *production hétéromorphe*.

Traitement. — Les médicaments principaux dans le traitement de la gastrite sont *nux vomica*, *antimonium crudum*, *phosphorus*, *arsenicum* et *cantharis*.

Nux vomica convient surtout au début et dans la forme bénigne; elle est indiquée par l'*anorexie*, le goût putride, acide et amer de la bouche, le pyrosis, et principalement par les vomissements d'aliments ou de bile, avec constipation, douleur constrictive brûlante au creux de l'estomac.

Antimonium crudum est indiqué par une anorexie plus complète, des renvois ayant le goût des aliments et un sentiment manifeste de surcharge de l'estomac.

Phosphorus. Ce médicament correspond aussi aux vomissements, au pyrosis et à la douleur; mais il est caractérisé par une *douleur excessive*, soulagée en buvant froid, et par la persistance d'un appétit maladif. Il est indiqué formellement dans le

traitement de la forme chronique; la diarrhée qui survient quelquefois ne le contre-indique nullement.

Arsenicum est le médicament principal de la forme chronique. Il correspond aux vomissements d'aliments, de bile et de sang; à la douleur avec anxiété, agitation et cris si fréquents chez les petits enfants; à l'amaigrissement excessif; à la tendance au refroidissement; au muguet ultime; au purpura et à l'état cachectique. Les douleurs sont calmées par les boissons très-chaudes.

Les indications de *cantharis* ne sont pas bien précises.

Le régime alimentaire est extrêmement important dans cette maladie; la diète complète avec des boissons féculentes et mucilagineuses est de rigueur dans les premiers jours de la forme bénigne. On prescrira ensuite du bouillon, du lait, un œuf à la coque, de la viande grillée ou rôtie, suivant les idiosyncrasies.

Dans la *forme chronique*, la diète lactée est le régime qui convient le mieux; le lait et le bouillon, le lait avec un jaune d'œuf cru conviennent ensuite, puis la viande peu cuite ou même tout à fait crue.

CHAPITRE III

GASTRORRHAGIE

La gastrorrhagie est le plus souvent une affection symptomatique survenue dans le cours de diverses maladies : cancer, ulcère simple, gastrite chronique, purpura, fièvres éruptives graves, fièvres typhoïdes, fièvres intermittentes.

Assez souvent cette affection survient comme hémorrhagie supplémentaire des hémorrhoïdes et surtout des règles, dans l'aménorrhée, dans la chlorose et pendant la grossesse.

Très-rarement la gastrorrhagie constitue une maladie essentielle, caractérisée par une exhalation de sang à la surface de la muqueuse gastrique; cependant j'en ai observé plusieurs cas.

Gastrorrhagie essentielle. — Nous préférons le mot gas-

CHAPITRE IV

DYSPEPSIE

Sous le nom de dyspepsie on réunit généralement trois affections distinctes : la *dyspepsie* proprement dite, le *vomissement essentiel* et la *gastralgie*.

Nous décrirons ces trois affections séparément, d'abord parce qu'elles sont réellement distinctes ; ensuite parce qu'elles affectent des rapports très-importants et très-difficiles à préciser avec la goutte, les hémorrhoïdes, la dartre, l'hypochondrie, l'hystérie et la chlorose. Du reste, la clarté des descriptions comme la netteté des indications thérapeutiques ne peuvent que gagner à la distinction radicale de ces trois affections.

La **dyspepsie** est une affection caractérisée par la lenteur et la difficulté des digestions. Les principaux symptômes de cette affection sont : une pesanteur plus ou moins douloureuse dans la région de l'estomac, des renvois, des régurgitations et quelquefois des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. On observe en outre un certain nombre de symptômes étrangers à l'estomac, et qui trouveront leur place dans la description suivante.

L'histoire de la **dyspepsie intestinale** est fondée sur l'apparition des souffrances plusieurs heures après les repas et la coïncidence de coliques dans l'intestin ; cette affection n'existe jamais seule et n'est qu'une suite de la **dyspepsie stomacale**, la seule que nous admettions.

La dyspepsie est une affection habituellement symptomatique. On l'observe dans les maladies suivantes : la dartre, la goutte, les hémorrhoïdes, l'hypochondrie, l'hystérie, la chlorose, la gastrite chronique, l'ulcère simple de l'estomac, le cancer de cet organe. La dyspepsie existe encore, soit comme phénomène précurseur, soit comme symptôme transitoire, soit enfin comme partie constituante de l'état cachectique dans la plupart des maladies chroniques : la phthisie, la scrofule, la syphilis, l'albuminurie, le diabète, etc.

Les affections des organes qui avoisinent l'estomac détermi-nent aussi la dyspepsie : affection du foie et de la vésicule bi-liaire, affection intestinale, etc. Enfin on observe encore cette affection dans la plupart des empoisonnements.

En outre la dyspepsie se manifeste chez des personnes qui ne présentent aucun symptôme d'une autre maladie et constitue alors la **dyspepsie essentielle.**

On comprend sous combien d'aspects divers la dyspepsie doit se présenter au médecin, si on réfléchit qu'elle varie avec toutes les maladies qui la produisent et qu'elle affecte une physionomie spéciale quand elle est essentielle. Cette multiplicité d'aspects, qui rend déjà si difficile l'histoire de cette affection, devient une véritable impossibilité quand on s'aperçoit que les auteurs ont négligé d'étudier les variétés de la dyspepsie en rapport avec les maladies qui la produisent et qu'il est à peu près impossible de dire si la **dyspepsie flatulente,** pour prendre une des formes les plus caractérisées, appartient à la dyspepsie goutteuse, à l'hémorrhoïdaire, à la dartreuse, ou à la dyspepsie essentielle.

Nous serons donc, quant à présent, obligé de laisser irrésolus les problèmes nosologiques qui se rattachent à la dyspepsie, et nous décrirons seulement les variétés les plus fréquentes de cette affection, afin d'arriver au moins à une indication précise des médicaments qui conviennent le plus souvent. La dyspepsie présente cinq variétés principales : La **bradyspepsie,** la **dys-pepsie pituiteuse,** la **dyspepsie flatulente,** la **dyspepsie acide** et la **dyspepsie larvée.** Sous cette dernière dénomination, nous décrirons cette variété de dyspepsie dans laquelle les symptômes gastriques sont pour ainsi dire voilés par les symp-tômes du côté du cœur, du poumon et du cerveau. Le **pica,** la **boulimie** sont des symptômes qui n'ont de commun avec la dyspepsie que d'avoir l'estomac pour siége et de s'unir très-sou-vent à l'une de ces vaiétés ; mais ce sont des symptômes isolés qui sont entièrement du domaine de la séméiotique.

I. Bradyspepsie. — Cette première variété de la dys-pepsie est la plus commune de toutes. Elle est caractérisée par la lenteur et la difficulté de la digestion. Une ou plusieurs

heures après le repas, le malade éprouve une pesanteur douloureuse à la région de l'estomac. Cette douleur qui, dans les cas intenses, dure jusqu'au repas suivant, s'accompagne d'un sentiment de gonflement. Les malades sont obligés de se desserrer complètement; ils éprouvent des régurgitations, ayant d'abord le goût des aliments, puis bientôt acides; un peu plus tard, ils ont des renvois qui les soulagent beaucoup. De temps à autre, quand les malades se sont obstinés à trop manger, il survient des vomissements alimentaires et de véritables indigestions. L'appétit est compatible avec cette variété de la dyspepsie; cependant la bouche est habituellement mauvaise, la langue blanche et recouverte d'une salive écumeuse. Dans certains cas rares, ce sont surtout les liquides qui restent *indigérés*. Cette variété singulière se reconnaît à l'aggravation des souffrances par les boissons; à un bruit de clapotement produit dans l'estomac par la succussion; à la rareté des urines.

Cette variété s'observe principalement dans la goutte et les hémorrhoïdes.

II. Dyspepsie pituiteuse. — Nous conservons cette expression de *pituiteuse* sans y attacher la signification des galénistes. — La dyspepsie pituiteuse est caractérisée par la lenteur des digestions, et principalement par le vomissement d'un mucus transparent, plus ou moins épais.

Les malades atteints de cette variété de dyspepsie présentent la plupart des symptômes de la variété précédente; mais en outre, chaque matin, ils sont pris de vomissements avec efforts extrêmement violents, quelquefois avec toux et suffocation. Une fois qu'ils ont rendu, à grand'peine, quelques gorgées d'un liquide filant et visqueux, quelquefois entremêlé de sang, ils se sentent très-soulagés. Cet accès de pituite, qui survient presque toujours le matin à jeun, peut se renouveler plusieurs fois dans la journée.

Cette variété de la dyspepsie est symptomatique de l'alcoolisme chronique. Il se développe principalement par l'usage du vin blanc et de l'eau-de-vie pris à jeun. Les buveurs de bière sont aussi très-sujets à la pituite. Cette dyspepsie est le symptôme habituel de la gastrite chronique.

III. Dyspepsie flatulente. — Cette variété de dyspepsie est caractérisée par le développement considérable de gaz dans l'estomac et dans l'intestin.

Aussitôt que commence le travail de la digestion, la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin sécrète, avec une rapidité extrême, une quantité prodigieuse de gaz. Les malades étouffent dans leurs vêtements, ils sont obligés de se desserrer, le ventre se ballonne considérablement. La tympanite, les borborygmes et les éructations constituent l'affection à sa période d'état; alors les malades commencent à rendre par la bouche une quantité énorme de gaz. Habituellement dépourvus de goût et d'odeur, ces renvois, extrêmement bruyants, se prolongent assez longtemps et terminent l'accès de dyspepsie. — Cette variété est particulière à l'hystérie et à l'hypochondrie.

IV. Dyspepsie acide — Cette variété est caractérisée par les aigreurs, les évacuations et les vomissements acides. Elle tient à une exagération dans la sécrétion du suc gastrique. — Aussitôt après les repas, les malades ont des aigreurs qui vont quelquefois jusqu'au *pyrosis;* la salive est acide, les dents agacées; et après la digestion stomacale, il survient quelquefois des vomissements composés, en grande partie de suc gastrique.

Cette variété se lie très-souvent à une gastrite chronique, ou est le prélude d'un cancer de l'estomac; elle accompagne les affections organiques du foie; enfin, elle peut se montrer comme symptôme de la goutte.

V. Dyspepsie larvée. — Dans cette variété de la dyspepsie les symptômes gastriques prennent peu de développement, tandis que les symptômes dits sympathiques occupent le premier plan sur la scène morbide.

Du côté du cœur, palpitations, pulsations irrégulières, lipothymies, syncopes, symptômes d'angine de poitrine. — Du côté du poumon, dyspnée arthritique, dyspnée par étranglement laryngé, toux sèche, incessante. — Du côté du cerveau, céphalalgie habituelle, pesanteur de tête, vertiges, migraine, hypochondrie. C'est surtout dans l'hystérie, dans l'hypochondrie, et

dans les maladies hémorrhoïdaires qu'on observe cette variété de dyspepsie.

Taitement. — *Nux vomica*, *graphites*, *china*, *lachesis*, *bryonia*, *pulsatilla*, *hepar sulfuris*, *sulfur*, *carbo vegetabilis*, sont les principaux médicaments.

Nux vomica et *graphites* constituent le traitement le plus efficace de la bradyspepsie : lenteur de la digestion, pesanteur douloureuse à l'estomac, régurgitation, rumination, et même vomissement alimentaire.

Depuis des années je prescris *nux vomica*, une heure avant les deux principaux repas, et *graphites* une heure après les mêmes repas. Je commence par la 12ᵉ dilution ; je descends ou je monte l'échelle posologique suivant l'effet produit. Je continue ces médicaments pendant six jours et après un repos de trois je les donne de nouveau.

Quelquefois je me suis bien trouvé de remplacer *graphites* par *lachesis* ou par *china*. *Lachesis*, quand il existe une sensibibilité extrêmement douloureuse de l'épigastre à la moindre pression, et que la constriction des vêtements est insupportable ; *china*, quand la flatulence est le symptôme dominant.

China convient dans un bon nombre de cas ; il est indiqué par : goût amer, dégoût pour les aliments, avec sentiment de plénitude, l'appétit est conservé et il y a de la flatulence stomacale. Les souffrances apparaissent immédiatement après le repas : malaises, somnolence, lassitude dans les jambes, céphalalgie, horreur du mouvement et humeur hypochondriaque, selles quelquefois liquides, immédiatement après le repas.

Pulsatilla convient surtout quand le malaise augmente par les aliments gras, que le malade a dans la bouche un goût de rance ou de viande gâtée ; qu'il éprouve un écoulement abondant d'eau fade par la bouche ; *Lycopodium* réussit dans des cas très-chroniques avec constipation opiniâtre et flatulence intestinale.

Hepar sulfuris, indiqué par Jahr comme le médicament principal de la dyspepsie, convient surtout dans la dyspepsie flatulente ; du reste, je n'ai pas eu l'occasion de l'employer souvent,

pas plus que le *sulfur*, qui convient surtout dans la dyspepsie acide.

Pour la dyspepsie pituiteuse, on pourra consulter : *nux vomica*, *arsenicum*, *phosphorus*, *lachesis* et *carbo vegetabilis*.

CHAPITRE V

GASTRALGIE

La gastralgie est une affection de l'estomac, caractérisée par une douleur vive, siégeant à l'épigastre, en l'absence de toute lésion anatomique. C'est une névalgie de l'estomac.

La gastralgie s'observe très-fréquemment dans la **chlorose,** dans l'**hystérie,** et c'est pour cela que les auteurs ont noté sa plus grande fréquence chez la femme; chez l'homme elle est presque toujours liée à l'hypochondrie. Souvent elle accompagne, dans l'un et l'autre sexe, les hémorrhoïdes, la gouttes et la dartre. La gastralgie qui se manifeste pendant la jeunesse ne se produit guère que chez les femmes hystériques ou chlorotiques ; enfin cette viscéralgie accompagne souvent les affections utérines, et principalement celles qui se caractérisent par une leucorrhée abondante. Beaucoup plus rarement, la gastralgie se développe en dehors de toute maladie, et constitue alors la **gastralgie essentielle.**

La gastralgie étant presque toujours une affection symptomatique, on ne doit pas être surpris de la voir alterner avec d'autres affections goutteuses, hémorrhoïdaires, dartreuses, etc. Il est fréquent d'observer une gastralgie succédant à une autre névralgie; alternant avec l'apparition d'hémorrhoïdes ou d'affections cutanées.

Ce que les auteurs ont dit de l'âge auquel apparaît la gastralgie est peu exact ; cet âge varie suivant que la gastralgie est symptomatique de l'une des nombreuses maladies que nous avons énumérées. La gastralgie hystérique se montre souvent dans la seconde enfance, tandis que la gastralgie hémorrhoïdaire est plus fréquente après 40 ans. Celle qui est liée à la chlorose,

à une affection de l'utérus, se montre surtout pendant la puberté.

Les symptômes de la gastralgie varient avec chaque maladie dans le cours de laquelle elle se montre; mais nous ne donnerons ici que les symptômes communs, et qu'on observe à peu près dans tous les cas.

La gastralgie est une affection essentiellement chronique, et marche par période irrégulière. La douleur est son symptôme principal; elle siége à l'épigastre, qu'elle occupe dans une étendue assez considérable; elle est spontanée; se calme souvent par l'action de ployer le corps en deux ou par la pression; néanmoins certains malades ne peuvent supporter le plus léger contact. Quelquefois brûlante, d'autres fois comparable à une plaie, elle a, le plus souvent, son type dans ce qu'on appelle la **crampe d'estomac.** C'est une douleur avec sentiment de constriction extrêmement vive, arrachant des plaintes aux malades, causant une angoisse excessive; et, à son plus haut degré, portant à la lipothymie. La douleur se propage quelquefois dans le ventre, dans les hypochondres et dans la région dorsale.

Quand la douleur est brûlante, elle remonte quelquefois jusqu'à la gorge, où elle détermine la sensation connue sous le nom de **pyrosis.**

L'appétit est habituellement conservé dans cette affection, la langue normale, les vomissements rares les accès peu intenses, servent souvent de crises aux accès violents. Si l'estomac était plein, ils sont alimentaires; s'il était vide, les vomissements sont muqueux ou bilieux. La constipation est habituelle; les bâillements, les sueurs, les lipothymies, sont des symptômes accessoires.

Habituellement cette affection procède par accès qui, comme ceux de la migraine, vont en se rapprochant, la douleur finit par devenir habituelle en même temps qu'elle perd de sa violence. Dans un degré avancé, la digestion est toujours plus ou moins troublée; et les douleurs varient avant, pendant et après les repas. Elles s'accompagnent de pesanteur, d'éructation, de régurgitation, et présentent alors des symptômes communs avec la dyspepsie; mais les antécédents, la marche et la succession des

symptômes ne permettent pas de confondre ces deux affections.

Du reste, il ne faut pas perdre de vue que la gastralgie est, pour sa marche et sa terminaison, entièrement subordonnée à la maladie dont elle est un symptôme; et que, dans le traitement, comme dans le pronostic de la maladie, il faut toujours avoir présentes à l'esprit la goutte, la chlorose, la dartre et les autres maladies que nous avons énumérées précédemment.

Etiologie. — Les causes occasionnelles du développement des accès ou de l'aggravation des douleurs habituelles sont : les émotions morales, les changements de température, certains aliments qui varient avec les malades ; les uns sont incommodés par les acides d'autres par les fraises, d'autres par le sucre ; le café noir et au lait nuit au plus grand nombre.

Traitement. — *Nux vomica*, *chamomilla*, *ignatia*, *arsenicum*, *veratrum*, sont les principaux médicaments de la gastralgie. Viennent ensuite *belladona*, *cocculus*, *bryonia*, *pulsatilla*, *bismuthum*, *china*, *stannum*, *argentum nitricum*, *sepia* et *carbo vegetabilis*. La matière médicale offre encore un grand nombre de médicaments qui ne sont pas cités ici parce que la clinique n'a pas suffisamment justifié leur emploi.

Nux vomica est indiquée par les crampes d'estomac, surtout celles qui surviennent le matin à jeun, ou vers la fin de la nuit; les vomissements alimentaires ou bilieux, les régurgitations acides, la constipation confirme son emploi. Les douleurs s'irradient dans les hypochondres ou sous le sternum et vers le cou; elles sont souvent excessives. La noix vomique convient surtout dans les constitutions sanguines, chez les individus forts; les gastralgies hémorrhoïdaire et hypochondriaque sont principalement de son ressort. La dose que j'ai le plus souvent employée est la 12e. Quand la douleur est violente, chez les sujets très-impressionnables, je prescris la 30e. Dans un cas où j'avais échoué avec les basses dilutions, j'ai réussi d'une manière définitive avec la 200e. Une dose par jour, donnée le soir, pendant quatre ou six jours, suffit comme traitement général. On peut, du reste, revenir à deux et trois doses par jour, si l'action est

insuffisante, Pendant l'accès lui même, il faut donner des dose rapprochées tous les quarts d'heure; mais alors *nux vomica* est un médicament infidèle.

Chamomilla est bien plutôt un médicament de l'accès et convient contre les douleurs excessives, avec angoisse, agitation, désespoir, et principalement *sueur générale*, déterminée par l'intensité de la douleur. Nous nous sommes souvent bien trouvé de l'alterner avec *belladona*, indiquée aussi pendant l'accès, par des douleurs atroces, forçant le malade à se tenir penché en arrière. Nous prescrivons habituellement la 3e dilution de ces deux médicaments, à dose plus ou moins rapprochée, suivant l'intensité des douleurs.

Ignatia accès périodiques de crampe d'estomac survenant la nuit ou immédiatement après le repas, aggravés par le moindre contact, améliorés en changeant de position. La clinique a confirmé l'action très-efficace de l'ignatia pendant les accès de crampes d'estomac.

Veratrum est indiqué dans les accès très-violents avec sueurs froides.

Arsenicum est, comme *nux vomica*, un médicament pour le traitement général. Douleurs brûlantes avec grandes angoisses, tendance aux syncopes, face pâle, soif vive. La diarrhée ne contr'indique pas l'emploi de l'arsenic ; le retour des douleurs la nuit est un bon signe pour ce médicament. Il convient principalement dans la gastralgie dartreuse ; dose très-variable, de la 2e trituration à la 30e dilution.

Bismuthum est indiqué par des douleurs moins vives et plus habituelles et surtout par une *diarrhée chronique concomitante*. La dose est la 2e ou une 3e trituration ; trois doses par jour pendant huit jours.

Stannum est indiqué dans des cas analogues par Hartmann. *Argentum nitricum* a été employé par le même auteur dans la gastralgie qui est liée à des hémorrhagies et souvent à la diarrhée. La migraine qui alterne avec la gastralgie est une indication de plus pour ce médicament. Hartmann prescrivait la 1re et la 3e trituration décimale.

Platina à la 30e dilution, convient dans la gastralgie hysté-

rique, surtout quand les règles sont trop fortes et en avance. Ce médicament correspond aux douleurs en forme de crampe.

Sepia, dans les gastralgies liées à des affections utérines, principalement à la leucorrhée, douleurs peu vives, mais habituelles; les dilutions le plus souvent employées sont la 12° et la 30°.

Plumbum est indiqué dans le traitement des gastralgies rebelles, accompagnées d'amaigrissement et d'une teinte jaune de la peau. Les douleurs sont excessives, s'étendant à l'abdomen et diminuant par la pression. Il existe des vomissements de matières muqueuses, épaisses, transparentes, semblables à du blanc d'œuf. Ces vomissements terminent habituellement le paroxysme douloureux. Constipation opiniâtre. J'ai toujours employé la 30° dilution; quelquefois ce médicament, même à cette dose, produit une aggravation, et il faut éloigner beaucoup les doses; un globule tous les trois ou six jours.

L'étude de la *matière médicale* indiquera l'emploi des autres médicaments sur lesquels je possède trop peu de données cliniques pour me permettre d'en spécifier l'emploi.

CHAPITRE VI

VOMISSEMENT NERVEUX

Le vomissement nerveux, appelé aussi essentiel par les médecins qui appellent *essentielles* les maladies sans lésion, est une affection caractérisée par des vomissements très-fréquents de matières muqueuses, bilieuses ou alimentaires; par une marche irrégulièrement périodique, et par une durée toujours assez longue. Cette affection peut, dans certains cas encore trop fréquents, amener la mort des malades. Des autopsies faites avec le plus grand soin ont démontré qu'il n'existait aucune lésion dans l'estomac.

Le vomissement nerveux se montre chez les hommes et chez les femmes; il atteint celles-ci plus particulièrement pendant

l'état de grossesse; mais il se montre aussi très-féquemment après l'âge critique.

Les études cliniques que nous possédons sur ce point de la pathologie ne nous permettent pas, dans la plupart des cas, de rattacher sûrement le *vomissement nerveux* à une autre maladie dont il constituerait un symptôme. Nous sommes donc autorisé à le considérer comme une *maladie essentielle.* Cependant il convient de dire que le *vomissement nerveux* se produit quelquefois comme une *affection hystérique* et que, dans ce cas, bien qu'en apparence il présente des symptômes très-analogues à ceux du vomissement nerveux essentiel, il en diffère par l'absence de gravité. Ainsi nous avons observé une hystérique qui depuis l'âge de 7 ans est sujette à des vomissements nerveux quotidiens et qui ne garde guère que les aliments qu'elle prend couchée, à la condition de s'endormir aussitôt après avoir terminé son repas. Cette femme, qui, sauf quelques intervalles, vomit ainsi depuis trente ans, a conservé une certaine fraîcheur et les forces nécessaires pour se livrer aux soins de son ménage.

Le vomissement nerveux débute par des malaises stomacaux, de l'inappétence, de l'acidité de la bouche, des nausées avec salivation; puis des vomissements, d'abord muqueux, annoncent le début de la maladie. Ces vomissements se rapprochent de plus en plus et se répètent plusieurs fois par heure. Ils sont alimentaires toutes les fois que le malade prend des aliments; quand l'estomac est vide, ils sont surtout muqueux et ne deviennent bilieux qu'à une époque avancée de la maladie.

Le plus habituellement il n'existe pas d'autre douleur que celle déterminée par les efforts des vomissements. D'autres fois il y a des douleurs épigastriques très-intenses. La constipation est un symptôme presque constant de cette affection.

L'affaiblissement fait des progrès rapides, et le malade est obligé de garder le lit. Bientôt l'amaigrissement et la perte des forces atteignent un degré excessif; il se produit alors une tendance au refroidissement qui est du plus mauvais augure.

Cette période de vomissement se prolonge ainsi pendant deux, trois et quatre mois; puis, si la maladie doit se terminer par la mort, la fièvre se développe; il y a fréquence du pouls avec ten-

dance de plus en plus grande au refroidissement; la bouche est rouge, sèche, enflammée; les vomissements diminuent ou cessent même complètement; le délire, les hallucinations, puis enfin la somnolence viennent terminer la maladie. Cette dernière période dure souvent plus de huit jours.

Quand la maladie doit se terminer par la guérison, les vomissements s'éloignent; certains aliments passent bien, l'appétit augmente et la convalescence est assez rapide.

Traitement. — L'homœopathie a obtenu de nombreux succès dans le traitement de cette maladie, et il lui est arrivé fréquemment de guérir des femmes qui avaient été condannées, par leur accoucheur, à subir l'avortement comme dernière ressource thérapeutique (voir le Mémoire de J. Davasse, *Art médical*).

Les médicaments principaux sont *nux vomica*, *graphites*, *arsenicum*, *veratrum*, *ipeca*, *plumbum*, *pulsatilla*, *tabacum*.

Nux vomica est indiquée contre les vomissements violents, survenant surtout le matin, avec constipation opiniâtre. Les vomissements augmentent par le mouvement, et sont composés d'un mucus visqueux ou de bile; les douleurs gastralgiques confirment le choix de ce médicament.

Graphites, quand les vomissements sont surtout composés de boissons ou de matière alimentaires. *Graphites* pris après les repas réussit souvent, surtout si on a soin de faire prendre *nux vomica* avant le repas. Dans beaucoup de dyspepsies, le repas placé entre *nux vomica* et *graphites* passe sans fatigue et sans vomissement. Je prescris habituellement la 12e dilution pour ces deux médicaments.

Ipeca est indiqué contre les vomissements fréquents *avec état nauséeux continuel;* la diarrhée est un symptôme qui confirme l'emploi de ce médicament; doses : de la teinture mère à la 6e dilution.

Pulsatilla. Vomissement avec sensation de froid; dégoût pour les choses grasses et les viandes; appétence pour les acides, répulsion pour les boissons; 6e dilution.

Arsenicum, *veratrum* et *plumbum* conviennent à des états plus avancés.

Plumbum. Vomissements douloureux avec efforts violents ; constipation opiniâtre ; soulagement des douleurs par la pression ; teinte ictérique ; affaiblissement du pouls, refroidissement ; tendance à la somnolence, la 30e dilution m'a toujours suffi. J'ai souvent alterné *plumbum* avec *opium* 6e. Ce dernier le soir, *plumbum* le matin.

Arsenicum. Indiqué par la douleur brûlante à l'épigastre, la soif, l'angoisse, l'agitation ; convient à la période grave des vomissements nerveux ; froid, fréquence et petitesse du pouls ; délire, hallucination ; dose : de la 3e à la 30e dilution.

Veratrum. Dans des cas analogues avec froid et surtout sueurs froides ; vomissements violents.

A une période moins avancée, *veratrum* est indiqué par la conservation de l'appétit, malgré les vomissements ; dose : de la 6e à la 30e.

Tabacum. A guéri un cas qui durait depuis plusieurs années ; ce médicament est indiqué par les vomissements avec *vertiges*, sentiments lypothymiques et sueurs froides, la diarrhée confirmerait le choix de ce médicament.

On a encore indiqué, et les observations cliniques ont justifié l'emploi de *sepia*, *belladona*, *aconitum*, *platina*, *natrum muriaticum*, *staphysagria*, *coffea*, *castoreum*, *hepar sulfuris*, *cocculus* et *lachesis* contre les vomissements nerveux.

L'hydrothérapie est un bon moyen et qui devrait être tenté dans les cas rebelles. L'avortement provoqué, proposé contre les vomissements incoercibles de la grossesse est un moyen qui doit être entièrement rejeté, parce que, employé trop tôt, il fera regretter une médication tout à la fois inoffensive et plus puissante, et, qu'employé trop tard, il ne sert qu'à précipiter l'issue funeste de la maladie. C'est du reste un moyen criminel lorsqu'il est pratiqué avant la viabilité du fœtus.

CHAPITRE VII

POLYDIPSIE

C'est une névrose caractérisée par une soif excessive et par des urines non sucrées en proportion avec les boissons ; c'est le *diabète insipide*, la *polyurie* des auteurs. Nous rappelons que l'histoire de la *néphrite interstitielle* réclame un grand nombre de cas de polyurie et par conséquent de polydipsie.

La maladie débute souvent dès la seconde enfance, reste dans des proportions assez réduites jusqu'à la puberté, époque à laquelle elle prend tout son développement. Quand la maladie débute dans l'âge adulte, elle acquiert très-rapidement sa plus grande intensité.

Les deux sexes y sont également sujets. Nous ne savons rien de positif sur les conditions de sa production ; elle est héréditaire dans certaines familles.

Le symptôme dominant de la maladie est une soif inextinguible ; soif que n'interrompt pas même le sommeil ; les malades se réveillent toutes les deux heures pour boire. Un malade de l'Hôtel-Dieu buvait une voie d'eau chaque nuit.

Les urines sont en proportion des boissons ; elles sont limpides, ne contiennent ni sucre ni albumine ; elles se putréfient facilement.

La bouche et le pharynx sont secs, la salive rare ; il existe au creux de l'estomac un sentiment analogue à celui de la faim, et une sensation de froid plus ou moins marquée.

Cette maladie, habituellement incurable, ne semble pas abréger l'existence ; elle est compatible avec une santé passable. L'appétit est normal ; il y a quelquefois de l'amaigrissement, mais toujours une certaine faiblesse. On a noté que les malades étaient très-impressionnables au froid ; les fonctions génitales restent intactes.

Traitement. — *Phosphori acidum* est le médicament principal : soif inextinguible, urines très-abondantes et limpides, sentiment de froid dans l'estomac, conservation des facultés génitales.

Belladona : soif inextinguible avec angoisse, urines très-abondantes et limpides comme de l'eau. *Mercurius*, à des symptômes très-analogues, mais l'un et l'autre médicament produisent une diminution dans les facultés génitales qui semble les spécialiser davantage pour le traitement du diabète. *Calomelas*, poussée jusqu'à la salivation, a déterminé la guérison d'un cas de polydipsie. *Camphora* (esprit de camphre) est un bon palliatif.

Alumina a réussi surtout chez des vieillards.

Scilla a aussi été indiquée. Ce médicament agit bien pour combattre la suractivité des reins ; Hughes cite deux cas de guérison de *diabète insipide* obtenus par lui.

Valeriana. Rayer et Trousseau ont guéri un certain nombre de malades atteints de polydipsie avec la valériane à haute dose.

On cherchera ensuite parmi, *carbo vegetabilis*, *conium*, *ledum palustre*, *veratrum* et *arsenicum*.

CHAPITRE VIII

ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC

Cette maladie a été confondue jusque dans ces derniers temps avec le cancer de l'estomac, et son histoire nosographique est une conquête toute récente de la médecine contemporaine.

L'ulcère simple de l'estomac est une maladie caractérisée anatomiquement par l'ulcération circonscrite et perforante des membranes de l'estomac. Elle s'accompagne d'une dyspepsie douloureuse, de vomissements, d'hématémèses, et peut se terminer par la perforation de l'estomac.

Les histoires particulières que nous possédons sur cette maladie ne permettent pas encore de décrire des *formes* définitives. Cependant, nous avons cru pouvoir essayer d'établir une *forme commune*, une *forme hémorrhagique*, une *forme latente* et une *forme aiguë ;* l'observation ultérieure ratifiera ou modifiera cette classification.

I. FORME COMMUNE. — Elle débute par de l'inappétence et de la dyspepsie ; le dégoût pour les aliments va croissant en même temps que la digestion de ceux qui sont ingérés devient de plus en plus difficile ; bientôt cette digestion s'accompagne d'une douleur aiguë, brûlante, siégeant dans un espace circonscrit vers l'appendice xiphoïde. Cette douleur augmente considérablement par la pression, par le mouvement, oblige le malade à garder le repos dans une attitude qui varie avec le siége de la lésion. Cette douleur correspond en arrière, à la première vertèbre lombaire et aux dernières dorsales. Elle a pour caractère d'être réveillée ou augmentée par le repas, de durer autant que la digestion stomacale, et de disparaître ou de diminuer après le vomissement ou lorsque les aliments ont franchi le pylore.

Quand la douleur a atteint un certain degré, la maladie s'accompagne de vomissements ; vomissements d'abord alimentaires, ayant lieu une ou deux heures après les repas ; quand la maladie est plus avancée, les vomissements deviennent glaireux et se produisent quand l'estomac est vide. Souvent les matières vomies présentent de petits flocons noirâtres qui indiquent une exsudation sanguine à la surface de l'estomac malade.

L'inappétence, les douleurs, les vomissements, produisent plus ou moins vite un état de maigreur considérable, mais le teint reste bon pendant très-longtemps.

Arrivée à ce point, la maladie peut guérir par la cicatrisation de l'ulcération ; alors, les symptômes disparaissent peu à peu et dans l'ordre inverse de leur apparition. Au lieu de guérir, la maladie peut s'aggraver progressivement et amener la mort par inanition ; mais le plus souvent on observe des accidents qui accélèrent singulièrement la terminaison fatale ; ces accidents sont l'hémorrhagie et la perforation.

L'hémorrhagie, que nous verrons dans un instant constituer le symptôme habituel d'une forme particulière de l'ulcère simple, survient presque toujours à titre d'*accident* dans la forme commune ; elle est très-abondante, quelquefois mortelle ; elle est suivie de mélæna.

La perforation arrive dans le huitième des cas ; c'est un acci-

dent plus ou moins rapidement mortel. Quand la perforation se fait directement dans la cavité du péritoine, une douleur brusque, l'affaissement des traits, la pâleur, le froid, annoncent le début d'une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures. Quand la perforation est limitée par des adhérences, il en résulte une inflammation qui se propage aux organes voisins, suivant des lois exposées en anatomie pathologique, et détermine des pleurésies et surtout des péritonites généralisées.

II. Forme hémorrhagique. — Cette forme débute d'emblée par une hématémèse ; si le vomissement de sang a été précédé de souffrances gastriques, elles n'ont rien de déterminé, et souvent passent inaperçues. Les hémorrhagies se répètent à intervalles plus ou moins éloignés tous les huit jours, tous les mois; d'abord éloignées, elles deviennent plus fréquentes, à mesure que la maladie fait des progrès. Dans les intervalles, les malades éprouvent à des degrés divers l'inappétence et la douleur que nous avons décrites précédemment. Ils présentent en plus tous les signes de l'anémie, et la décoloration de la peau augmente encore la ressemblance de cette forme de l'ulcère simple avec le cancer.

A sa période d'état, la maladie est constituée par des vomissements noirs revenant, fréquemment, et par la douleur xiphoïdienne. Les vomissements habituels d'aliments sont rares dans cette forme, nous ne les avons jamais observés.

La maladie peut guérir, alors les hémorrhagies ne reparaissent plus ; la douleur diminue et disparaît, l'appétit renaît, et la convalescence est assez rapide; mais il faut savoir que la maladie peut récidiver avec la même forme après quelques années. Le plus souvent, la maladie se termine par la mort, soit par épuisement, soit par perforation, soit à la suite d'une hémorrhagie foudroyante.

III. Forme latente. — Il existe des observations dans lesquelles on a trouvé, à l'autopsie, des ulcérations de l'estomac sans qu'il ait existé pendant la vie autre chose qu'un peu de dyspepsie. Ainsi l'hématémèse, la douleur xiphoïdienne, les

vomissements habituels d'aliments peuvent manquer pendant la plus grande partie de la durée de l'*ulcère de l'estomac*, qui n'est reconnu qu'à l'autopsie, quand la mort survient à l'occasion d'une autre maladie. Cette forme peut se terminer brusquement par une perforation que rien n'avait fait prévoir, ou par la guérison des ulcérations dont plus tard on retrouve les cicatrices dans l'estomac.

IV. Forme aigue. — Quelques cas observés chez les enfants, avant l'âge de 2 ans, permettraient de décrire une *forme aiguë* de l'ulcère simple. La maladie s'annonce tout d'abord par un état grave, mouvement fébrile, vomissements incessants, affaissement des traits, amaigrissement rapide et mort par une perforation, souvent après quelques jours de maladie.

Anatomie pathologique. — L'ulcère de l'estomac siége le plus souvent, non pas au pylore, mais dans la moitié de l'estomac qui avoisine le pylore; plutôt sur la face postérieure, et vers la petite courbure; la forme de l'ulcère est circulaire; elle peut atteindre et dépasser la grandeur d'une pièce de cent sous. Le fond est grisâtre, les bords sont coupés à pic et tuméfiés; les parties voisines sont d'un rouge blanchâtre, et le siége d'une inflammation évidente. Cet ulcère est *perforant*, il détruit successivement les tuniques de dedans au dehors; le plus souvent il est unique; il peut être multiple et à des degrés divers d'évolution.

L'hémorrhagie se fait par exsudation sur la muqueuse enflammée; mais elle se fait le plus souvent par l'érosion des vaisseaux artériels plus ou moins volumineux, et dont on retrouve les orifices béants au fond de l'ulcère.

Étiologie. — L'*ulcère simple* de l'estomac est une maladie fréquente dans le nord de l'Europe et en particulier en Allemagne. Il est déjà fréquent de 20 à 30 ans, ce qui n'a pas lieu pour le cancer; on l'observe dès les premiers mois de la vie et jusque dans la plus extrême vieillesse, mais principalement de 20 à 60 ans.

Pendant la puberté, les *femmes* sont beaucoup plus sujettes que les hommes à l'ucère de l'estomac. Les hémorrhoïdaires sont aussi très-exposés à cette maladie.

Les causes occasionnelles sont l'abus de boissons alcooliques et les excès de table.

Cette maladie a été longtemps confondue avec le cancer de l'estomac, et l'ulcère simple décrit comme ulcération cancéreuse. Les hémorrhagies très-abondantes, la douleur xiphoïdienne, le soulagement par la vacuité de l'estomac, l'absence des signes de la cachexie cancéreuse, l'absence de tumeur, permettent habituellement de distinguer l'ucère simple du cancer; mais, il y a des cas où le diagnostic devra rester douteux; d'après Trousseau, l'*ulcère* serait une maladie antagoniste du cancer. Quant au pronostic, il ressort suffisamment de l'histoire des symptômes et de la marche de la maladie.

Traitement. — La clinique homœopathique nous fait complètement défaut pour tracer l'histoire du traitement de l'*ulcère simple*, parce que sa distinction est toute récente, et que, jusqu'à ces derniers temps, son histoire se trouve confondue avec celle du cancer et des dyspepsies.

Les médicaments indiqués par la matière médicale sont : *arsenicum*, *lycopodium*, *mezereum*, *phosphorus*, *nitri acidum*, *plumbum*, *opium*, *carbo vegetabilis*, *nux vomica* et *graphites* administrés comme dans le traitement de la dyspepsie rendent aussi des services au commencement de la maladie.

Arsenicum, indiqué par la lésion, convient contre la douleur brûlante, augmentée par l'ingestion des aliments; il est indiqué par les vomissements pituiteux, et surtout par les vomissements noirs. L'anxiété et l'agitation appartiennent encore à ce médicament.

Lycopodium. Douleur de pesanteur qui augmente par la pression, en se tenant assis, par les aliments qui semblent tomber sur une partie à vif; par des rapports aigres et brûlants, le pyrosis, les vomissements d'aliments et surtout les vomissements de sang caillé.

Mezereum. Douleur brûlante d'estomac augmentant par la

pression et les aliments ; pesanteur de longue durée après le repas. Vomissements énormes tous les jours ; vomissements de sang extrêmement abondants.

Phosphorus correspond à la douleur xiphoïdienne augmentant ou se manifestant seulement pendant le repas, augmentant par la pression ; il correspond encore aux vomissements d'aliments et aux vomissements noirs.

Plumbum, *nitri acidum*, *veratrum*, *carbo vegetabilis*, correspondent aussi aux vomissements noirs.

Opium à doses pondérables a donné de bons résultats contre les douleurs.

Régime. — Le régime lacté est celui qui réussit le mieux. Souvent nous avons pu faire digérer au malade des jaunes d'œufs crus mélangés au lait. Un certain nombre de malades se trouvent soulagés par les boissons très-chaudes.

CHAPITRE IX

CANCER

C'est la localisation de la diathèse cancéreuse sur l'estomac. Cette affection présente de grandes différences, suivant qu'elle se rattache à la *forme commune*, à la *forme aiguë* ou à la *forme chronique* du cancer. Le siége de la lésion imprime encore aux symptômes des différences fort importantes, et de tout temps on a distingué le *cancer du pylore*, le *cancer* du *cardia* et le *cancer du corps de l'estomac*. Nous décrirons d'abord le *cancer du pylore* dans la *forme commune*, puis nous indiquerons les variétés qui dépendent de la forme du cancer et de la différence du siége de la lésion.

I. — Forme commune. Cancer du pylore. — Cette affection est annoncée par des *prodromes* de longue durée. Quelquefois ce sont des gastralgies qui tourmentent le malade pendant de longues années ; d'autres fois ce sont des dyspepsies opi-

niâtres. Une tristesse hypochondriaque, de l'amaigrissement, l'altération du teint, une dyspepsie croissante; des vomissements alimentaires encore éloignés; un grand développement de gaz et des rapports fréquents; une douleur sourde, quelquefois aiguë, se propageant aux lombes et dans la région des hypochondres; une détérioration prématurée de l'économie; une certaine lividité de la face, mais principalement une anorexie croissante et bientôt absolue constituent les symptômes de la première période du cancer; cette première période peut se prolonger pendant des mois; elles s'améliore quelquefois beaucoup sous l'influence du régime et du traitement; la maladie subit à ce moment un temps d'arrêt bien marqué.

Période d'état. — Les vomissements constituent le symptôme dominant de cette période. D'abord alimentaires, ils deviennent chaque jour plus fréquents et surviennent une ou deux heures après le repas; ils présentent souvent un phénomène fort curieux : l'estomac semble faire un choix de certains aliments, qu'il rejette toujours, en sorte que le vomissement contiendra des aliments pris la veille ou l'avant-veille, tandis que les aliments pris au dernier repas sont conservés. Aux vomissements alimentaires se joignent des vomissements d'un mucus visqueux, acide ou limpide, quelquefois mêlé de sang; de temps à autre apparaissent des *vomissements noirs*, analogues à du marc de café. Ces vomissements n'appartiennent, dans les maladies chroniques, qu'à trois affections : le cancer, l'ulcère simple de l'estomac et la gastrite chronique; en même temps l'estomac présente un grand développement de gaz, qui donnent lieu à des éructations nombreuses, bruyantes et fétides; l'amaigrissement fait des progès rapides, sous la triple influence de l'absence de nourriture, des douleurs et de la perte du sommeil. La constipation, habituelle pendant la plus grande durée du cancer de l'estomac, peut faire son apparition à la fin de cette période.

La *palpation* et la *percussion* permettent de constater un développement énorme de l'estomac et le plus souvent l'existence d'une tumeur dure, inégale, adhérente ou non, située à droite de l'épigastre, entre l'ombilic et les fausses côtes.

A cette période, la maladie peut encore subir un temps d'arrêt, mais tôt ou tard elle arrive à la période de cachexie.

Des vomissements continuels, des hoquets et des rapports très-fétides, la langue sèche et rouge, une diarrhée colliquative, le marasme, la perte des forces, des œdèmes, le muguet ultime, caractérisent la période de *cachexie*. La mort survient alors par épuisement et inanition. Quelquefois elle survient prématurément par hématémèse ou à la suite de la perforation de l'estomac et d'une péritonite suraiguë; des adhérences retardent habituellement l'épanchement du contenu de l'estomac dans le péritoine, et la mort arrive plus lentement.

Il est fréquent d'observer l'extension du cancer au foie; il faut alors ajouter aux symptômes déjà décrits : la tuméfaction du foie, l'ictère et quelquefois une hydropisie bornée à la cavité abdominale.

Cancer du cardia. — Cette variété se distingue par de la dysphagie, des régurgitations et des vomituritions de matières glaireuses, sanguinolentes; des vomissements survenus immédiatement ou presque immédiatement après le repas. Les symptômes d'inanition se montrent très-rapidement; l'estomac ne présente pas de dilatation et on ne peut pas constater de tumeur.

Cancer du corps de l'estomac. — C'est dans cette variété que les vomissements sont le plus rares; ils peuvent manquer complètement. Quand le cancer siége à la face antérieure ou vers la grande courbure, il peut être constaté par la palpation. La région occupée par cette tumeur varie avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac. Le cancer du corps de l'estomac permet la nutrition dans une certaine mesure; et la vie est compatible plus longtemps avec cette variété qu'avec le cancer du pylore et surtout avec celui du cardia.

Les formes *chronique* et *aiguë* du cancer impriment un cachet particulier à la marche de l'affection; très-lente dans le premier cas et présentant des temps d'arrêt considérables, elle va très-

rapidement dans les cas de cancer aigu et termine son évolution en quelques semaines; les vomissements noirs ne sont pas fréquents dans cette forme.

Étiologie. — Indépendamment des causes générales du cancer, nous signalerons l'abus des excitants, et en particulier de l'alcool. La prédominance d'aliments végétaux pris en grandes quantités, me semble expliquer la fréquence de cette localisation chez les cultivateurs. C'est habituellement de 40 à 50 ans qu'éclate le cancer de l'estomac. Cependant Andral rapporte une observation chez un jeune homme de 22 ans. Cette localisation du cancer est fréquente chez l'homme.

Traitement. — Il est entièrement palliatif. *Nux vomica*, *graphites*, *arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *mezereum*, sont les principaux médicaments. Nous renvoyons pour le choix de ces médicaments aux chapitres de la *dyspepsie* et de l'*ulcère simple*.

L'*opium* à haute dose est un moyen palliatif qui soulage beaucoup certains malades ; et que nous ne devons pas négliger lorsque les autres médicaments restent insuffisants. On commence par 5 centigrammes, et on augmente progressivement.

Ammonium muriaticum. Il semble donner beaucoup de soulagement palliatif dans le rétrécissement de l'œsophage et le cancer de l'estomac.

Le régime alimentaire est ici d'une importance capitale. A la *période d'état*, le lait et le bouillon doivent constituer toute la nourriture ; le vin doit être entièrement proscrit ; la bière, qui est favorable dans certaines dyspepsies, est rarement supportée par les cancéreux. Les eaux minérales sont ici particulièrement pernicieuses.

LIVRE V

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'INTESTIN

CHAPITRE PREMIER

DIARRHÉE

La diarrhée est une affection caractérisée par des selles liquides et fréquentes. Cette affection se rencontre dans un grand nombre de maladies : fièvres continues, éruptives, intermittentes; diathèses; maladies constitutionnelles; cachexies ; elle joue le plus souvent le rôle d'un symptôme. D'autres fois elle constitue une crise favorable dans les maladies. Cette affection offre un grand nombre de variétés : diarrhée séreuse, stercorale, bilieuse, muqueuse, sanguinolente, lientérique ; ces variétés sont en rapport avec les maladies dont la diarrhée est un symptôme, et elles constituent l'un des chapitres les plus importants de la séméiotique.

En outre, la diarrhée constitue une maladie essentielle, qui tient à la fois des phlegmasies et des flux; et est habituellement rangée dans l'ordre des catarrhes. C'est le *catarrhe intestinal* de la plupart des auteurs.

La diarrhée présente à étudier cinq formes : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme grave*, la *forme cholériforme*, la *forme chronique*.

I. Forme bénigne. — Elle débute par du malaise stomacal et intestinal, un sentiment de nausée, quelquefois un vomissement; des coliques, des borborygmes, des selles liquides, jaunes, foncées, verdâtres, écumeuses, brûlantes, bilieuses. L'évacuation soulage les coliques qui se reproduisent bientôt et sont suivies de nouvelles évacuations. Les vomissements ne se reproduisent pas. Le premier jour, on observe : anorexie, langue blanche, goût pâteux et fade ou amer ; mais ces symptômes

se dissipent promptement ; moins de vingt-quatre heures après le début, l'appétit renaît, le malaise disparaît ; les évacuations s'éloignent, cessent, sont remplacées par quelques jours de constipation ; et la maladie est terminée en vingt-quatre ou quarante-huit heures, trois jours au plus.

II. Forme commune. — Les vomissements du début sont plus nombreux et il y a un mouvement fébrile très-marqué. Le malaise, l'anorexie, la courbature, sont par conséquent plus considérables que dans la forme bénigne. Il y a de l'affaiblissement, de la pâleur, et chez les petits enfants, un amaigrissement rapide et très-notable. Les selles plus nombreuses offrent des caractères divers ; vert foncé chez l'adulte, elles sont le plus souvent glaireuses chez l'enfant, et présentent l'apparence d'herbes vertes hachées, au milieu d'un mucus jaunâtre. La maladie se prolonge un, deux et trois septénaires, elle détermine un érythème de la région anale.

III. Forme grave. — Assez rare, cette forme est caractérisée par une fièvre continue, une adynamie considérable, une tympanite excessive avec de petites selles liquides et répétés. Les vomissements sont fréquents, l'anorexie complète. Les forces s'en vont de plus en plus ; le ballonnement du ventre augmente ; il survient quelquefois du délire, souvent de la somnolence, du coma, et le malade succombe dans le second septénaire.

IV. Choléra infantilis. — Cette forme est exclusivement propre aux enfants, depuis leur naissance jusqu'à la fin de la première dentition. C'est la *diarrhée du sevrage*, la *maladie d'été*.

Le *choléra infantilis*, malheureusement trop fréquent, est caractérisé par des vomissements incessants, des selles entièrement séreuses, une soif inextinguible, un dépérissement extrêmement rapide. Il est souvent mortel en quelques heures.

Cette forme débute ordinairement par une simple diarrhée. Cette diarrhée, stercorale ou bilieuse, se prolonge pendant un temps variable, mais qui ne dépasse pas un septénaire. Alors

les accidents éclatent tout à coup et la maladie revêt l'allure foudroyante qui lui est particulière.

Des vomissements incessants, des selles séreuses, une soif que rien ne peut apaiser, marquent le début de cette période. Les vomissements, d'abord alimentaires, ne contiennent plus bientôt que les boissons, que les petits malades réclament incessamment avec des cris pitoyables ; les selles, entièrement séreuses, ressemblent à de l'eau très-légèrement teinte en jaune et contenant quelquefois de petits flocons verdâtres. Ces selles sont tellement liquides, qu'elles sont souvent prises pour des urines par les mères inexpérimentées ; tandis, qu'au contraire, les urines sont habituellement supprimées. Dès les premières évacuations cholériformes, le faciès s'altère, la peau se refroidit et l'amaigrissement marche avec une rapidité incroyable. Le pouls est petit et fréquent. Le plus souvent les malades sont agités et anxieux ; le ventre est plat, les parois ont perdu toute élasticité, en sorte que, si on les pince entre les doigts, le pli reste longtemps marqué. Si les petits malades doivent succomber dans cette période, l'agitation cesse ; l'enfant indifférent à tout n'a plus qu'un sentiment, celui de la soif ; et, si affaibli qu'il soit, il se précipite avec avidité sur la cuiller ou sur la tasse qu'on lui présente. Les vomissements cessent ; la diarrhée devient involontaire et incessante ; le refroidissement fait des progrès ; l'amaigrissement est considérable ; les traits sont tirés ; les yeux creux, la peau plombée ; les lèvres et les ongles légèrement bleuâtres ; les évacuations se suspendent quelquefois tout à fait ; et les enfants succombent, soit dans le coma, soit dans une syncope. Si le malade ne meurt pas dans la période algide, la réaction s'établit, la peau se réchauffe, le regard s'anime, le pouls reprend de la force, les vomissements cessent, le ventre se ballonne, la diarrhée devient bilieuse, les urines reparaissent et la soif diminue. Dans les cas heureux, la réaction se maintient et la guérison s'opère encore assez facilement.

D'autres fois, la réaction est incomplète, et tous les symptômes de la première période reparaissent, et avec eux le danger extrême. Dans certains cas, la maladie oscille ainsi pendant

six, huit, dix et quinze jours; elle peut encore se terminer par la guérison et la mort. D'autres fois, elle se prolonge ainsi et arrive à une période toute différente, à l'*état chronique.*

Période chronique. — Les vomissements ont cessé, il n'y a plus de refroidissement; la diarrhée n'est plus constamment séreuse, elle est *lientérique*; l'amaigrissement est extrême, la faiblesse considérable; il survient de l'œdème, des pétéchies; la soif persiste; il y a tantôt du dégoût, tantôt de la voracité; et les malades succombent au bout de quelques semaines, si l'art n'intervient pas efficacement : la mort arrive, soit par un retour à l'état aigu, soit dans l'état cachectique.

V. Forme chronique. — La clinique ne permet pas de dire si, dans un certain nombre de cas, cette forme ne débute pas par un état aigu; elle est surtout fréquente dans la première enfance: elle se rattache étroitement à la première dentition et au sevrage. La diarrhée chronique est souvent symptomatique d'une diathèse, d'une maladie constitutionnelle, d'une cachexie. Elle est surtout fréquente dans la maladie scrofuleuse. Trousseau, dans sa Clinique, rapporte un exemple d'une diarrhée syphilitique. Pour mon compte, je l'ai observée plusieurs fois chez les diabétiques et les albuminuriques.

La diarrhée chronique essentielle est une affection rare dans l'âge adulte, elle semble liée à une alimentation vicieuse.

La diarrhée chronique peut être bilieuse, stercorale, muqueuse, sanguinolente; mais son caractère le plus constant est la *lientérie*, c'est-à-dire que les aliments passent dans les selles incomplétement digérés, et plus ou moins reconnaissables. Les selles ne sont pas aussi fréquentes que dans les autres formes; elles surviennent habituellement dans la matinée, d'autres fois immédiatement après les repas; elles sont très-souvent indolentes. Cette diarrhée s'accompagne de voracité qui alterne avec de l'anorexie; la soif existe presque toujours à un certain degré; l'amaigrissement, la perte des forces sont des symptômes constants dans la période avancée. Cependant, chez l'adulte, a diarrhée chronique est compatible avec un état de santé re-

latif ; c'est-à-dire que les malades, tout en conservant assez de forces pour vaquer à leurs occupations, gardent une diarrhée modérée pendant la plus grande partie de leur vie. J'ai guéri une vieille femme qui était lientérique depuis quarante ans. Mais la maladie reste rarement stationnaire, surtout dans la première enfance. Si elle ne guérit pas par le changement de régime ou par l'intervention de l'art, elle ne tarde pas à s'aggraver et à entraîner la mort après quelques mois de durée. Les selles deviennent plus fréquentes, la soif augmente, l'amaigrissement surtout fait des progrès et constitue le symptôme dominant ; il commence par la région du cou où il reste toujours plus marqué; la face se creuse, se ride, devient terne et prend l'aspect caduc ; les membres sont réduits absolument à la peau et aux os ; les côtes, les apophyses épineuses et les ischions font des saillies considérables ; le ventre seul reste volumineux et quelquefois ballonné ; l'œdème, les pétéchies, les eschares et le muguet sont des phénomènes ultimes. La pneumonie et la congestion pulmonaire sont les complications les plus fréquentes de cette maladie. La mort survient, soit par une de ces complications, soit par épuisement, soit par un état cholériforme.

Les lésions siégent surtout dans le gros intestin. Ce sont des inflammations, des ulcérations, des ramollissements. Les auteurs rapportent des observations de diarrhée chronique suivie de mort sans aucune lésion.

Ce point a besoin d'être revu.

Traitement. — *Forme bénigne.* — *Ipeca*, *croton tiglium*, *colocynthis*, *chamomilla*, *dulcamara* sont les médicaments principaux.

Ipeca au début, quand il y a des nausées ou des vomissements, 2 gouttes de la 3e dilution dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les trois heures.

Croton tiglium est indiqué par des coliques vives, suivies de selles promptes, s'échappant par jet avec beaucoup de vents ; les selles sont bilieuses et ressemblent aux évacuations produites par un purgatif ; une sensation de poivre dans l'arrière-

gorge, la cuisson de l'anus spécialisent encore davantage ce médicament,

Colocynthis. Coliques excessives, selles vertes, glaireuses, ténesme.

Chamomilla, plus spéciale chez les petits enfants ; selles hachées, avec coliques ; une joue rouge et l'autre pâle ; cris continuels, colère. Les vomissements ne contre-indiquent pas l'emploi de ce médicament.

Dulcamara. Contre les diarrhées causées par un froid humide.

Ces trois médicaments s'administrent comme le précédent et aux mêmes doses.

Traitement de la forme commune. — L'*ipeca* et la *chamomilla* sont les deux médicaments du début ; il faut y insister tant que que le mouvement fébrile persiste. Plus tard, l'un des médicaments cités précédemment sera indiqué, et on arrivera rapidement, s'ils sont inefficaces, à *phosphori acidum* et *calcarea acetica*, alternés comme nous le dirons dans le traitement de la forme chronique.

Traitement de la forme grave. — *Arsenicum* est le médicament principal et doit être administré à la 3[e] dilution, une dose toutes les trois heures. *phosphori acidum* est indiqué par l'adynamie et l'état grave du sujet, la langue et les lèvres brunes, desséchées, les pétéchies et les hémorrhagies. *Muriatis acidium*, par les selles involontaires.

Belladona est indiqué par le ballonnement extrême du ventre ; quand les anses intestinales, distendues se dessinent à travers les parois intestinales dans la période d'*occlusion* qui succède souvent à la diarrhée.

Bismuthum nitras est indiqué par la persistance de la diarrhée et aussi dans la forme chronique après arsenic ou intercalé avec lui. De grandes selles avec borborygmes, et sans beaucoup de coliques indiquent bismuth.

Traitement du choléra infantilis. — Il ne faut pas perdre son temps à administrer *ipeca* et *chamomilla*. *Veratrum* est le médi-

cament principal, et s'il échoue, les autres médicaments restent habituellement impuissants. J'emploie la 6e dilution et, plus souvent, la 3e ; quatre globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les demi-heures.

Si *veratrum* échoue, on pourra encorre essayer *arsenicum*, *tartarus* et *carbo vegetabilis* tout à fait à la fin.

Euphorbium est fort employé en Amérique dans le choléra infantile.

Parmi les médications indiquées en dehors de l'homœopathie, je ne rappellerai que les bains sinapisés, qu'on devrait essayer si lamaladie n'était pas enrayée promptement par les médicaments. 50 grammes de farine de moutarde délayée dans de l'eau froide jusqu'à consistance de bouillie, enfermée ensuite dans un nouet et exprimée dans 25 litres d'eau ; l'enfant reste dans ce bain jusqu'à ce que la garde qui le maintient dans la baignoire sente ses bras pris d'un picotement intense.

Si la maladie passe à l'état chronique, *veratrum* devra encore être essayé, s'il n'a pas été donné déjà ; autrement *phosphori acidum* et *calcarea acetica* formeront la base du traitement.

Traitement de la forme chronique. — *Arsenicum*, *china*, *calcarea acetica*, *phosphori acidum*, sont les médicaments principaux ; viennent ensuite *oleander*, *ferrum* et *sulfur*.

Arsenicum est indiqué par les selles lientériques, survenant principalement la nuit et le matin, avec soif, amaigrissement, agitation et anxiété nocturne. L'œdème et les pétéchies ne contre indiquent pas l'emploi de ce médicament. D'après les conseils du Dr Teste, j'ai surtout employé la 3e trituration, de 5 à 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les huit heures. J'ai eu quelquefois des aggravations. J'ai expérimenté aussi ce médicament à la 30e dilution en globule, et j'ai obtenu des guérisons ; mais bien plus rarement qu'avec la 3e dilution.

China est aussi un médicament de la lientérie ; il est principalement indiqué quand les selles sont provoquées par le repas. Comme *arsenicum*, je l'ai employé à toutes doses. J'ai eu des guérisons par quelques gouttes de la 3e et par des globules de

la 30e. Je prescris d'abord les basses dilutions, et si je ne réussis pas, si surtout je provoque une aggravation, je passe à la 30e dilution.

Calcarera acetica et *phosphori acidum* sont surtout indiqués contre la diarrhée chronique des enfants, que cette diarrhée soit primitivement chronique ou qu'elle se soit établie à la suite du *choléra infantilis*. Depuis des années, j'ai coutume d'alterner ces médicaments de la manière suivante : je prescris deux potions contenant 3 gouttes de la 3e dilution, et je donne alternativement toutes les quatre heures une cuillerée de l'une et une cuillerée de l'autre.

Oleander est un médicament de la lientérie : selles trop faciles, involontaires, avec vents extrêmement fétides, nausées avec eau à la bouche et serrement de la gorge, vomissements fréquents d'aliments.

Ferrum. Ses indications sont mal précisées, il convient plutôt à la diarrhée sans douleur.

Sulfur convient à la lientérie ; il est aussi indiqué par les selles bilieuses, écumeuses, évacuées rapidement avec tranchée et borborygme.

Nous trouvons encore recommandés par Richard Hughes :

Gummi guttæ ou gamboge assez répandu en Allemagne dans les cas de diarrhées aiguës.

Hyosciamus, *diarrhée sans douleur*, surtout chez les femmes en couches.

Podophylum produisant l'inflammation de l'intestin grêle et du rectum avec purgation, coliques, évacuations dysentériques, etc., il est tres-homœopathique à la diarrhée, et la combat avec avantage. On a recommandé aussi *iodium* dans la diarrhée adipeuse ; *créosote*, dans la diarrhée d'été ; *apis*, *rumex*, *nuphar* dans la diarrhée du matin, forme habituellement très-tenace, enfin *antimonium tart.* a été employé avec succès dans la diarrhée des phthisiques.

Régime. — Le régime est extrêmement important dans la diarrhée. Dans la *forme commune* et dans la *forme bénigne* : la diète absolue, les boissons féculentes et gommeuses, l'eau albumi-

neuse prise en petite quantité, le séjour au lit pendant les premiers jours. Quand l'appétit revient, les potages maigres, au beurre et au sel, les panades très-légères, l'œuf à la coque, puis la viande rôtie et grillée. Il faut éviter le bouillon gras qui dans ces cas agit comme un purgatif.

Dans la *forme cholériforme*, il faut ajouter l'*eau glacée* par petites quantités comme tisanes.

Dans la période chronique de la diarrhée cholériforme et dans la diarrhée primitivement chronique, la diète lactée et principalement le retour à l'*allaitement* pendant l'enfance est le meilleur régime. Quand l'allaitement n'est pas possible, le lait de chèvre convient mieux que celui des autres animaux. La viande crue, conseillée par le Dr Weisse, prônée outre mesure par Trousseau, compte des succès incontestables ; mais nous n'avons jamais été dans la nécessité de recourir à ce régime.

CHAPITRE II

CHOLÉRA NOSTRAS

Cette maladie est caractérisée par des évacuations bilieuses par haut et par bas , par des crampes et par la tendance au refroidissement. Elle est sporadique ou épidémique ; il ne faut donc pas, pour la distinguer du choléra indien, l'appeler choléra sporadique.

Sydenham, décrivant cette maladie, dit qu'elle revient au mois d'octobre comme les hirondelles au printemps. Ses *causes occasionnelles* les plus fréquentes sont les excès de table, l'abus des fruits, les refroidissements, et surtout l'usage de la glace et des boissons glacées en dehors des repas.

Le *choléra nostras* débute par des vomissements et de la diarrhée. Les évacuations sont bilieuses, jaunes, vertes, noirâtres : elles s'accompagnent de douleurs atroces, de coliques et bientôt de crampes dans les membres. La soif est extrême, les urines très-diminuées, le pouls fréquent, petit, défaillant ; tendance au refroidissement ; amaigrissement rapide ; facies altéré, pâle, jaunâtre, mais non asphyxique,

Si la maladie se termine par la *guérison*, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, les vomissememts cessent d'abord, puis la diarrhée ; le pouls se relève ; les urines reparaissent ; la chaleur revient plus ou moins intense, mais jamais la réaction ne s'exagère et ne devient dangereuse comme dans le choléra indien.

Le *choléra nostras* se termine quelquefois par la mort chez les vieillards et les personnes affaiblies. Les évacuations persistent. le refroidissement augmente ; la face et les extrémités deviennent livides et les malades succombent par asphyxie ou par syncope.

On voit que dans le *choléra nostras* les signes d'asphyxie sont des phénomènes ultimes analogues à ceux que l'on observe dans beaucoup de maladies, et qu'ils ne constituent pas un caractère nosologique, comme dans le choléra indien.

Traitement. *Ipeca*, *veratrum*, *cuprum* et *croton tiglium* sont les principaux médicaments de cette maladie. Nous renvoyons au chapitre du choléra indien pour les indications particulières de chacun d'eux.

CHAPITRE III

CONSTIPATION

La constipation est une affection morbide caractérisée par la rareté et la dureté des selles.

Cette affection est symptomatique d'un grand nombre de maladies et de lésions. Indépendamment des obstacles mécaniques, comme tumeur du bassin, déplacement de l'utérus, rétrécissement de l'intestin, la constipation reconnaît pour cause les paralysies par suite de lésions de la moelle épinière, les dyspepsies et les hémorrhoïdes, l'empoisonnement saturnin.

Il n'est pas démontré que la constipation puisse se développer en dehors de ces conditions et constituer, même chez les vieillards, une maladie essentielle.

Étiologie. — Voici les conditions qui, dans les états morbides précédemment énumérés, favorisent le développement de la constipation : le sexe féminin, la vieillesse, des occupations sédentaires, une alimentation trop animalisée ou insuffisante, les boissons prises en trop petite quantité, l'habitude de résister au besoin d'aller à la selle.

Cette affection n'exige pas une longue description : les selles sont rares, tous les trois, quatre, huit et même quinze jours ; elles sont sèches, noirâtres, souvent par petites boules séparées, comme la fiente des brebis ; elles exigent des efforts considérables. Souvent la première partie est constituée par une masse énorme qui nécessite un véritable accouchement ; par contre, la dernière partie peut être liquide ou demi-liquide. On observe souvent une alternance de diarrhée et de constipation.

Dans un âge avancé, l'accumulation des matières fécales dans le rectum devient quelquefois telle que les malades ne peuvent être débarrassés que par l'intervention chirurgicale.

La constipation est due à la diminution des sécrétions intestinales, à un spasme du sphincter, et, dans une certaine mesure, chez les gens âgés, à une diminution de la contractilité des fibres intestinales.

Il ne saurait être question ici des rétentions de matières fécales avec inflammation des parois intestinales. Cette affection constitue un genre d'occlusion intestinale décrite en son lieu.

Traitement. — *Nux vomica, sulfur, opium, plumbum, lycopodium, natrum muriaticum, lachesis*, sont les principaux médicaments de la constipation. On comprendra facilement par l'exposé qui précède comment il se fait que les médicaments, même les mieux choisis, échouent dans le traitement de la constipation. En effet, cette affection étant symptomatique d'une autre maladie ne peut disparaître d'une manière définitive qu'avec la maladie qui lui a donné naissance.

Nux vomica 12e dilutition est surtout indiquée dans les constipations hémorrhoïdaires et dyspepsiques, principalement s'il y a alternative de diarrhée et de constipation avec faux besoin d'aller à la selle.

Sulfur 30° intervient quelquefois heureusement pour compléter son action.

Plumbum 3° répond à la constipation opiniâtre, avec ou sans ténesme; les coliques abdominales intenses, les nausées et les vomissements complètent l'indication de plumbum.

Lycopiodum 30° m'a donné quelques succès dans des cas de constipation hémorrhoïdaire; constipation avec ou sans envie d'aller à la selle; selles empêchées par une douleur de l'anus; efforts considérables; selles fragmentées, mêlées ou suivies de matière liquide.

Natrum muriaticum 30°, indications peu précises et très-analogues à celles du médicament précédent.

Lachesis 12° convient surtout chez les femmes pendant l'âge de retour; constipation alternant avec diarrhée.

Opium 12° et 30° convient à la constipation sans envie d'aller à la selle; selles énormes.

Belladona employée à la dose de plusieurs centigrammes réussit quelquefois et est préconisée par l'école allopathique.

Bryone le Dr Caroll Dunham trouve la bryone indiquée surtout quand il y a torpeur intestinale, qu'il distingue de l'« effort sans succès » pour aller à la garde robe de *nux vomica*.

Collinsonia canadensis.—C'est surtout dans la constipation par suite de l'inertie congestive de l'extrémité du gros intestin que *collinsonia* s'est montré un remède précieux. On rencontre souvent cet état dans les mois du milieu et de la fin de la grossesse. Il est aussi très-précieux dans de nombreuses affections accompagnées de constipation.

Hydrastis canadensis. La constipation simple est très-fréquemment combattue avec avantage par ce médicament. Dans les cas très-chroniques, on peut conseiller de commencer par *sulfur* pendant un court espace de temps.

Régime. — Un régime inverse des circonstances étiologiques énumérées ci-dessus favorisera l'action des médicaments; il faut y joindre les lavements froids; l'introduction d'une mèche de charpie dans le rectum; le pain de son, l'usage de bouillie

épaisse : bouillie de maïs, de lentille, de haricots ; la fameuse revalescière n'agit pas autrement.

L'usage de graine de lin non moulue, de graine de moutarde combat favorablement la constipation.

Certaines eaux sulfureuses naturelles, principalement celles qui contiennent du chlorure de sodium : Saint-Gervais, Uriage ; les eaux franchement chlorurées sodiques : Niederbrunn, Friedrischshall, donnent d'heureux résultats dans le traitement de la constipation.

Quand l'accumulation des matières est telle que le rectum ne peut plus se débarrasser, il faut aider le malade avec la curette ou mieux avec le doigt.

CHAPITRE IV

ENTÉRALGIE OU COLIQUE

Le chapitre des *coliques essentielles* tend tous les jours à se rétrécir. Il faut en séparer nettement aujourd'hui et la *colique végétale* (*sèche, du Poitou, du Devonshire, des marins, des pays chauds*, etc., etc.), et la névralgie *lombo-abdominale*. La première de ces maladies n'est pas une *colique végétale*, mais bien une *colique minérale*, due à l'empoisonnement saturnin.

En dehors de ces deux maladies, en l'absence de toute inflammation de l'intestin ou du péritoine, on observe fréquemment l'entéralgie. Cette affection morbide est caractérisée par une douleur violente, siégeant dans un point du ventre ; s'exaspérant et revenant par accès ; diminuant habituellement, mais non toujours, par la pression ; s'accompagnant de la production et de l'incarcération de flatuosités ; déterminant, quand elle est forte, des nausées, des sueurs chaudes, puis froides, un état lipothymique, rarement des vomissements; se terminant habituellement par une évacuation gazeuse par le haut ou par le bas.

Cette affection est de courte durée ; elle se termine souven

en moins d'une heure ; elle revient irrégulièrement, quelquefois sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement, de certains aliments; habituellement l'accès se produit pendant le travail de la digestion.

Traitement. — *Belladona* et *chamomilla* sont les deux principaux médicaments ; on les administre à la 3e dilution, tous les quarts d'heure, toutes les dix minutes. J'ai plus souvent réussi avec *belladona.*

Nux vomica, *opium*, *colocynthis*, sont aussi indiqués. *Veratrum* conviendrait dans un cas grave avec syncope et sueurs froides. Mais *chamomilla* et *belladona* m'ont toujours suffi.

Les boissons très-chaudes, les applications chaudes extérieures sont des adjuvants utiles.

Le chloroforme à l'intérieur (12 gouttes dans une potion de 125 grammes, une cuillerée toutes les dix minutes) et à l'extérieur (mélangé à l'huile par cinquième) a souvent réussi.

CHAPITRE V

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN

Cette lésion est produite, soit par une tumeur cancéreuse, soit par la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse ou syphilitique. Les symptômes qui l'accompagnent sont ceux de l'occlusion intestinale à un faible degré, et les accidents qui la compliquent sont l'*iléus* et les perforations.

Dans le rétrécissement du rectum, le toucher rectal, les bougies à empreinte confirment le diagnostic. Ici les selles, lorsqu'elles sont dures, sont extrêmement minces, aplaties et pour ainsi dire moulées sur le rétrécissement. La diarrhée alterne fréquemment avec la constipation.

Traitement. — La dilatation par des bougies de cire, d'un volume graduellement croissant, m'a rendu des services dans le traitement de cette lésion, quand elle siégeait sur le rectum.

Le traitement pharmaceutique doit varier avec la maladie qui produit le rétrécissement.

CHAPITRE VI

OCCLUSIONS INTESTINALES

INVAGINATION ET ÉTRANGLEMENT INTERNE

L'occlusion intestinale reconnaît des causes très-diverses : obstruction intestinale, compression par une tumeur, étranglement par une bride, enroulement de l'intestin, invagination, péritonite généralisée ou circonscrite, inflammation circonscrite de l'intestin, peut-être spasme de la tunique musculaire. Cette occlusion intestinale détermine, quelles que soient ses causes, un symptôme commun, l'*iléus*, c'est-à-dire des vomissements incessants d'aliments, de bile, puis de matière chyleuse contenue dans l'intestin grêle. Ces vomissements incessants s'accompagnent d'une constipation plus ou moins complète, et de douleurs violentes qui ont mérité à cette affection le nom de *miserere*. Quelques auteurs ont pensé, à cause du symptôme commun, que toutes ces affections diverses devaient être réunies et décrites sous le nom de *passion iliaque*, d'*occlusion intestinale* et d'*étranglement interne*. Mais, les symptômes et le pronostic variant considérablement suivant qu'il existe une *invagination intestinale* ou un *étranglement interne*, déterminé par l'une quelconque des causes de l'occlusion intestinale, nous décrirons séparément l'*invagination* et l'*étranglement interne*.

ART. I. — INVAGINATION INTESTINALE

Cette maladie est caractérisée anatomiquement par la pénétration du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur. L'invagination siége tantôt sur le gros intestin, tantôt sur l'intestin grêle, ce qui constitue deux formes distinctes.

I. INVAGINATION DU GROS INTESTIN.—L'invagination du gros intestin est de beaucoup la plus fréquente et la plus grave des

deux formes de cette maladie ; c'est la seule qu'on observe dans la première enfance.

Le plus ordinairement la maladie débute brusquement ; d'autres fois elle est précédée de diarrhée, de coliques, de vomissements survenant d'une manière irrégulière.

Qu'il y ait ou non des prodromes, l'invasion de la maladie est caractérisée par des vomissements ; ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis bientôt composés de matières muqueuses et aqueuses, accompagnés de selles, petites, répétées, sanguinolentes, et très souvent chez les enfants d'une véritable entérorrhagie.

La douleur de ventre survient ensuite ; elle est extrêmement vive, limitée à un point du ventre, accompagnée d'une grande anxiété, et d'un facies caractéristique : yeux caves, traits tirés, face pâle ; le ventre est encore peu ballonné ; le pouls est petit, accéléré, sans chaleur à la peau.

La maladie fait des progrès plus ou moins rapides ; le ventre se ballonne. Le plus souvent on peut constater une tumeur oblongue, pâteuse, rendant un son mat à la percussion, située presque constamment chez l'adulte, dans la fosse iliaque gauche ; tandis que la fosse iliaque droite présente une sorte de dépression. Quand le ballonnement du ventre est excessif, ou quand une péritonite se développe, ces signes sont peu perceptibles. Dans quelques cas, le bout invaginé ayant pénétré jusque dans le rectum, sa présence a pu être constatée par le toucher et par la vue.

La mort et la guérison peuvent se produire de diverses manières. Les vomissements continuent, deviennent fécaloïdes ; la constipation remplace les petites selles dysentériformes ; le ventre se ballonne de plus en plus ; la respiration est gênée ; le facies s'amaigrit, se grippe ; les malades sont anxieux, agités ; le pouls s'accélère et devient de plus en plus petit ; puis très souvent les vomissements cessent ; il survient une prostration complète ; la peau se refroidit ; et les malades succombent sans présenter les symptômes de la péritonite ou les signes d'un travail d'élimination. Cette mort arrive rapi-

dement du troisième au cinquième jour; dans la première enfance, elle est quelquefois marquée par une attaque d'éclampsie.

D'autres fois, surtout chez l'adulte, les malades succombent avec complication inflammatoire du côté du péritoine, ou bien à la suite d'une perforation survenue pendant la période d'élimination du bout invaginé.

La guérison se produit par deux mécanismes: par la cessation de l'invagination ou par l'élimination de la portion d'intestin invaginée. Dans le premier cas la guérison a lieu plus près du début : les vomissements cessent ; des selles stercorales sont évacuées ; la douleur diminue graduellement ; la tumeur disparaît ; le facies redevient calme, reposé, et la convalescence est rapide.

Quand la guérison doit avoir lieu par l'élimination de l'intestin invaginé, la maladie est bien plus longue. Ce mode de terminaison est souvent entravé par des accidents graves, mortels même, de péritonite, de perforation. Il arrive rarement à la guérison chez l'adulte et jamais dans la première enfance. Nous verrons que cette élimination est plus facile dans l'invagination de l'intestion grêle, et c'est alors que nous décrirons ses symptômes, ainsi que les accidents qui peuvent l'accompagner ou la suivre.

II. Invagination de l'intestin grêle. — Cette forme s'observe seulement après la seconde enfance et chez les adultes; elle est, de l'avis de tous les médecins, moins grave que la précédente. Son début est moins brusque ; les vomissements des aliments et des boissons, une douleur vague et la constipation caractérisent son début. Les vomissements deviennent bientôt fécaloïdes ; les douleurs excessives reviennent par accès ; la tumeur n'est pas toujours perceptible, et le ballonnement est borné d'abord à la région ombilicale. La maladie revêt deux aspects différents suivant que la péritonite se développe ou ne se développe pas.

Dans le premier cas on observe une fièvre violente, avec pouls petit et très-fréquent ; une chaleur brûlante; une douleur de ventre au moindre contact ; l'altération des traits ; les malades succombent rapidement dans le refroidissement et l'as-

phyxie. Si la péritonite ne se déclare pas, la maladie marche bien plus lentement ; elle peut se prolonger des semaines; alors, si la terminaison est funeste, elle a lieu par épuisement des forces ou par une complication qui accompagne l'élimination de la portion invaginée.

La guérison peut avoir lieu par la cessation de l'invagination ; alors, la douleur et les vomissements cessent et le cours des matières se rétablit.

L'élimination de la portion invaginée a été fréquemment observée dans cette forme : elle s'accompagne de symptômes plus ou moins graves.

Quelquefois, c'est au moment où la maladie a atteint son apogée, alors que les vomissements sont incessants, les douleurs excessives, que cette terminaison se produit. La prostration devient plus considérable, le facies s'affaisse, la mort semble imminente ; puis quelques gaz fétides, à odeur gangréneuse, bientôt suivis d'une évacuation de matières sanguinolentes et putrides, annoncent le commencement du travail. Habituellement après quelques jours, une portion d'intestin, ayant quelquefois plus d'un mètre d'étendue, est évacuée par le rectum. Cette élimination est souvent suivie d'une hémorrhagie intestinale plus ou moins intense. D'autres fois, l'élimination du bout invaginé se fait plus tardivement et avec des symptômes moins graves.

Les accidents qui peuvent accompagner l'élimination sont au nombre de deux : la péritonite et l'épuisement du malade.

La péritonite peut être occasionnée : 1° par la propagation au péritoine de l'inflammation éliminatrice ; 2° par la rupture des adhérences encore peu solides entre les deux bouts de l'intestin. L'épuisement du malade se produit quand l'élimination est trop lente à s'opérer.

Les *accidents consécutifs* sont : la diarrhée et les rétrécissements. La diarrhée a quelquefois entraîné la mort des malades par sa persistance et son abondance. Les rétrécissements qui suivent l'élimination du bout invaginé peuvent devenir à leur tour la cause d'accidents d'occlusion intestinale ; mais le plus

souvent ils occasionnent seulement des douleurs qui finissent par disparaître.

Etiologie. — Dans le cours de la description, nous avons déjà parlé de l'influence de l'*âge* sur les invaginations. Des recherches nombreuses ont établi que cette maladie était plus fréquente dans le sexe masculin. Les coups sur le ventre, le froid, les aliments indigestes, jouent un rôle plus ou moins évident dans la production de cette maladie.

Du rôle de l'inflammation dans la production de l'invagination.— Les signes incontestables de l'inflammation de toutes les tuniques intestinales ont été observés à l'autopsie des malades qui ont succombé à l'invagination intestinale ; d'une autre part, on a observé très-souvent, sur le cadavre de personnes ayant succombé à d'autres maladies, des invaginations sans inflammation, et ces invaginations n'avaient déterminé aucun symptôme pendant la vie ; d'où il faut conclure que l'invagination intestinale ne constitue une maladie que lorsqu'elle est compliquée d'inflammation.

Art. II. — ÉTRANGLEMENT INTERNE

Quand cet étranglement se fait à l'extérieur, il est étudié en chirurgie sous le nom de *hernie étranglée ;* quand il se produit à l'intérieur, il porte le nom d'*étranglement interne*. Il peut se produire par le passage de l'intestin à travers une ouverture accidentelle ou naturelle du diaphragme ou de l'épiploon ; par un *appendice* ou *diverticulum*. Habituellement le diverticulum devient adhérent par son extrémité libre et forme une bride sous laquelle l'intestin va s'engager ; dans des cas plus rares, mais dont nous possédons l'autopsie, le diverticulum était serré autour d'un paquet intestinal et formait un nœud tout à fait inexplicable. L'étranglement est produit d'autres fois par des brides, des adhérences suites d'anciennes péritonites ; enfin, l'étrangle-

ment tient quelquefois à une sorte d'enroulement de l'intestin sur lui-même, à un véritable *volvulus*.

L'occlusion intestinale est déterminée encore par la présence de corps étrangers dans l'intestin : noyaux de cerises, peau de raisins, paquet de vers lombrics, calculs biliaires ou stercoraux ; mais nous croyons que l'occlusion ne se produit dans ces cas qu'à la condition d'une inflammation concomitante du tube intestinal, inflammation de la membrane muqueuse et de la membrane séreuse qui détermine une paralysie du plan musculaire. Cette inflammation explique encore comment une occlusion intestinale mortelle peut se rencontrer avec une simple constipation. C'est par le même mécanisme que la *péritonite* détermine quelques-uns des symptômes de l'*iléus*.

Les tumeurs qui siégent dans la cavité abdominale peuvent être cause d'occlusions intestinales; ce sont: les abcès, le cancer, les tumeurs tuberculeuses, les kystes de l'ovaire. Les ulcérations, cancéreuses ou non, déterminent fréquemment un rétrécissement, puis une occlusion complète de l'intestin.

Les symptômes produits par les différents genres d'occlusion intestinale sont presque identiques. Les accidents débutent par une douleur violente, siégeant en un point de l'abdomen ; douleur qui, au bout d'un temps variable, s'accompagne des vomissements de l'iléus. La constipation est invincible, et c'est un symptôme capital pour différencier l'occlusion intestinale de l'invagination. Les malades ne rendent même pas de gaz par l'anus. La douleur se généralise très-rapidement ; la péritonite vient compliquer les accidents ; les vomissements continuent ; le hoquet et la gêne de la respiration se manifestent; la tympanite est considérable ; il y a fièvre avec pouls petit, tendance au refroidissement et à l'asphyxie ; le facies est pâle et grippé. En un mot, toute la série de symptômes de la *hernie étranglée*. Si la cause de l'occlusion intestinale est susceptible de guérison (inflammation de la tunique intestinale, volvulus, certains étranglements), les vomissements cessent, la douleur diminue, le malade rend quelques vents par l'anus, le cours des matières se rétablit et le malade guérit.

Traitement. — Nous réunirons dans un même chapitre le traitement des invaginations et celui des occlusions intestinales, parce que ce sont les mêmes médicaments qui se trouvent indiqués dans les deux cas.

Belladona, *opium*, *plumbum*, *nux vomica* et *thuya* sont les cinq médicaments indiqués dans le cours de la maladie. *Arsenicum*, *china* et *carbo vegetabilis* correspondent à quelques accidents. Ici la clinique nous fournit des renseignements précieux sur l'efficacité de ces médicaments.

Belladona a été employée concurremment par les médecins des deux écoles, à doses impondérables et à doses toxiques. Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : vomissements d'aliments, de bile et de mucus; constipation opiniâtre avec vomissements, ou bien petites selles muqueuses; ventre extrêmement douloureux, tendu, avec borborygmes; les intestins fortement distendus se dessinent à travers les parois abdominales.

Opium est indiqué par les symptômes suivants : vomissements continus avec constipation et douleurs de ventre; ballonnement de la région ombilicale. — La clinique permet d'ajouter vomissements de matières fécaloïdes.

Plumbum. Vomissements continuels des aliments, de bile, de matière jaune, de matière fécaloïdes avec constipation; douleur de ventre des plus violentes; ballonnement du ventre; bosselures du ventre; constipation invincible, rétention même des vents; ou diarrhée sanguinolente.

Nux vomica. Vomissement fréquent de matières muqueuses et aigres; ventre ballonné et douloureux même dans les parois; constipation opiniâtre et suppression des vents, ou selles dysentériformes.

Thuya a surtout été indiqué empiriquement, car la pathogénésie ne contient rien de spécial, excepté le symptôme : sensation comme si les intestins étaient liés dans la région ombilicale.

Plumbum et *opium* sont évidemment les médicaments les mieux indiqués, mais la clinique a enregistré des succès dûs à *nux vomica*, à *thuya*, mais surtout à *belladona*.

Belladona devra être prescrit, au début surtout, si les douleurs de ventre sont fortes et qu'il existe ce ballonnement particulier dans lequel les intestins se dessinent à travers les parois abdominales. Trois gouttes de la 3e dilution dans 125 grammes d'eau, une cuillerée à café toutes les demi-heures. Si l'état s'améliore, on éloigne le médicament; s'il reste stationnaire, on le continue douze heures et alors on le remplace soit par *nux vomica*, soit par *plumbum* et *opium* donnés alternativement. Ces deux médicaments conviennent dans la période d'état, alors qu'il y a des vomissements de matières fécaloïdes. Je donne *plumbum* 30e dilution pendant six heures et *opium* 6e dilution pendant six autres heures. Si la maladie marche lentement, je ne change les médicaments que toutes les douze heures Si l'un agit plus favorablement, je le continue seul; une dose toutes les demi-heures, toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant les cas.

Nux vomica est plutôt un médicament du début, surtout quand il y a hémorrhagie intestinale. Il est indiqué par l'abus du café et les hémorroïdes; même mode d'administration que pour *belladona.*

Thuya empiriquement, si les autres médicaments ne réussissent pas : 3e dilution.

Dans une maladie aussi grave il ne faut pas craindre de changer les dilutions quand celles indiquées ne réussissent pas.

Si malgré l'emploi méthodique et persévérant des médicaments indiqués ci-dessus, l'occlusion intestinale persiste, il faudra avoir recours à l'*entérotomie.* Une condition pour la réussite de cette opération, c'est qu'il n'existe pas encore de péritonite généralisée.

Entérotomie. — *Mode opératoire.* — On fait du côté droit, à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure, une incision parallèle au pli de l'aine; cette incision doit mesurer au moins 8 centimètres de longeur. On dissèque couche par couche, comme dans l'opération de la hernie ; on ouvre le péritoine avec la pointe du bistouri et on agrandit l'incision avec une sonde

cannelée dans une étendue de 3 centimètres. L'intestin vient faire saillie dans la plaie ; alors, à l'aide d'une aiguille courte très-fine, armée d'un fil d'argent, on le fixe par six points de suture au bord de la plaie, puis on ouvre l'intestin. Les matières et le gaz s'échappent en grande quantité. — On favorise leur sortie continuelle par l'introduction d'une sonde dans le bout supérieur. On peut encore fixer l'intestin par un fil double passé dans le mésentère ; puis on l'ouvre et on le fixe ensuite par les points de suture.

Le soulagement qui suit l'opération est immédiat. Dans un grand nombre de cas le cours des matières se rétablit par les voies naturelles ; la plaie intestinale se ferme et le malade guérit complètement ; d'autres fois il conserve toute sa vie l'anus contre nature.

La *ponction intestinale* est un moyen plus simple pratiqué à l'aide du trocart explorateur ; elle peut être tentée avant l'opération, dans le cas où la tympanite est excessive.

Dans un cas, nous avons fait une simple ponction avec un trocart dit explorateur ; à notre grande surprise, il ne s'est écoulé que des matières fécales très-liquides et pas de gaz. Le malade a été soulagé pendant quelques heures seulement ; puis les accidents se sont précipités si rapidement que nous n'avons pas eu le temps de faire l'entérotomie.

CHAPITRE VII

ULCÉRATION ET PERFORATION INTESTINALES

Cette lésion s'observe principalement dans la fièvre typhoïde, le cancer et le tubercule. Existe-t-il un *ulcère simple* de l'intestin, comparable à l'ulcère simple de l'estomac ? On a observé, dans le duodénum, près du pylore, des ulcères concomitants de l'ulcère simple de l'estomac.

L'appendice *iléo-cæcal* devient quelquefois le siége d'une ulcération suivie de perforation et de péritonite, à moins que des adhérences établies pendant la période d'ulcération n'aient

isolé l'appendice de la grande cavité péritonéale. Cette ulcération est due le plus souvent à des corps étrangers. Nous croyons qu'elle peut se développer spontanément.

Les symptômes de l'ulcération intestinale rentrent dans l'histoire des maladies dont elle constitue une lésion. Quant aux symptômes de la perforation, ce sont ceux de la péritonite suraiguë : début brusque; douleur d'abord localisée en un point de l'abdomen, vomissements; refroidissement; état lipothymique; les accidents marchent très-rapidement et souvent parcourent toutes leurs périodes en moins de vingt-quatre heures.

Tous les médicaments échouent dans le traitement de cet accident. Cependant on a sauvé quelques malades en les immobilisant dans un narcotisme profond et prolongé; on administre toutes les demi-heures 5 centigrammes d'opium, jusqu'à ce que le narcotisme se produise, et on le maintient pendant au moins quarante-huit heures. Une couche épaisse de collodion, étendue sur tout l'abdomen, combattra efficacement l'inflammation à son début et contribuera à immobiliser les parties malades.

CHAPITRE VIII

CANCER DE L'INTESTIN

Une tumeur dure, bosselée, inégale; un dépérissement rapide; une anorexie presque constante; de la constipation, ou des alternatives de constipation et de diarrhée; plus tard, les signes de la cachexie cancéreuse : tels sont les symptômes communs à tous les cancers de l'intestin. Les accidents du rétrécissement et de l'occlusion intestinale, ceux de la perforation et de l'entérorrhagie, ceux des communications accidentelles entre les divers organes creux de l'abdomen, sont des symptômes fréquents et qui achèvent de caractériser la maladie.

Le *siége* du cancer donne à cette affection un caractère particulier. Le cancer du *duodénum* s'accompagne de vomissements

et de la plupart des symptômes du cancer du pylore. Celui de la fin du gros intestin et du *rectum* est de tous le plus fréquent. Ici la tumeur est souvent perceptible par le toucher rectal ou même se montre au dehors de l'anus; il existe un écoulement tantôt ichoreux, tantôt sanguinolent. Le rétrécissement produit par la tumeur détermine une tympanite habituelle, extrêmement douloureuse, et quelquefois des symptômes d'occlusion intestinale. Mais il est plus fréquent d'observer des selles extrêmement répétées, involontaires, soit dures, soit molles, et déterminées par la présence de la tumeur qui agit comme un véritable suppositoire. La vie est compatible bien plus longtemps avec le cancer du rectum qu'avec celui de l'estomac ou de tout autre point du tube intestinal. Le malade continue à se nourrir; les complications d'étranglements, de perforation et de péritonite sont très-rares, et la mort arrive par les progrès de la cachexie, ou à la suite de plegmon et de gangrène déterminés par les infiltrations de matière fécale dans le tissu cellulaire périrectal.

Nous n'avons rien d'important à dire du traitement. On trouvera les indication qui s'y rattachent au cancer en général, et aux divers accidents que nous avons signalés.

CHAPITRE IX

ENTÉRORRHAGIE

L'*entérorrhagie* ou *melæna* est une affection habituellement symptomatique. On l'observe principalement dans la fièvre typhoïde, le purpura hæmorrhagica, le cancer et l'invagination intestinale. L'entérorrhagie peut survenir aussi sans qu'on puisse la rattacher à aucune affection; elle constitue dans ce cas une maladie essentielle.

Les symptômes de l'entérorrhagie essentielle sont peu nombreux, mais très-caractéristiques. Une colique intense avec pâleur de la face; faiblesse de pouls; état lipothymique, allant

quelquefois jusqu'à la syncope puis, après un temps variable, quelquefois presque immédiatement, d'autres fois, vingt-quatre, quarante-huit heures après, surviennent les selles caractéristiques. Si l'hémorrhagie est abondante et l'évacuation rapide, on reconnaît encore le sang en caillot. Si les selles ne se produisent que plusieurs heures après, elles sont noires, fétides et semblables à de la suie délayée; en ajoutant un peu d'eau on rend aux selles la couleur du sang.

Cette maladie marche par accès. Si les accès sont très-éloignés, à plusieurs mois ou même plusieurs années d'intervalle, la santé se rétablit complètement entre les accès; mais, si les accès se succèdent à quelques jours ou à quelques semaines de distance, tous les symptômes de l'anémie se manifestent.

L'entérorrhagie est surtout fréquente chez les enfants, pendant la première semaine de leur naissance et souvent dès les premières heures. Le méconium est d'abord rendu mêlé de sang, puis bientôt le sang pur en grande abondance; l'hématémèse est une des complications ordinaires de cette variété, qui se termine plus souvent qu'on ne croirait par la guérison.

L'éclampsie complique souvent l'hémorrhagie intestinale chez les enfants.

Traitement. — *Nux vomica*, *arsenicum*, *phosphorus*, *ipeca*, *nitri acidum*, *china*, sont les principaux médicaments.

Nux vomica est indiqué par des coliques avec *sensation de chaleur* dans le ventre; évacuation de sang par les selles mêlé à des *matières dures*.

Les symptômes d'*arsenicum* sont bien mieux caractérisés : coliques avec anxiété, lipothymie, froid aux extrémités et sueurs froides; selles liquides, noires, brûlantes, fétides.

Phosphorus a, lui aussi, les coliques avec refroidissement; mais le sang des selles est rouge et non pas noir.

Ipeca est indiqué par les selles noires et poisseuses. Les *acides phosphorique*, *nitrique* et *sulfurique*, par la présence du sang dans les selles et par quelques cas de guérison.

China après des hémorrhagies énormes avec grande faiblesse.

LIVRE VI

MALADIE DU PÉRITOINE

CHAPITRE PREMIER

PÉRITONITE

L'inflammation du péritoine constitue le plus souvent une affection symptomatique ; mais cependant des observations irrécusables établissent que cette inflammation peut exister en l'absence de tout autre état morbide, et constituer une maladie essentielle.

La péritonite essentielle se présente sous trois formes : la *forme commune ;* la *forme bénigne* ou *circonscrite ;* la *forme foudroyante.*

I. Forme commune. — Cette forme débute par un frisson, une douleur de ventre et des vomissements. Le frisson n'est pas violent ; c'est une sensation de froid avec pâleur et déjà sentiment de défaillance. Le pouls est petit, serré, fréquent. La chaleur qui succède au frisson est souvent encore interrompue par un retour de froid. La douleur très-aiguë, portant à la lipothymie, apparaît dans un point, se propage rapidement à tout le ventre; s'exaspère par le moindre mouvement, par l'attouchement le plus léger; elle immobilise les malades. Les vomissements manquent quelquefois chez les enfants ; mais habituellement ils sont répétés, bilieux, d'un vert porracé, extrêmement douloureux. La constipation est aussi un phénomène du début, au moins chez l'adulte.

La maladie, ainsi constituée dès le premier jour, augmente très-rapidement d'intensité. La douleur est plus aiguë, et s'accompagne de crampes dans les membres ; le ventre se ballonne considérablement; les intestins, dont la tunique musculaire est paralysée par suite de l'inflammation de la séreuse, se laissent distendre outre mesure, et se dessinent à travers les parois abdominales. Cette paralysie produit presque toujours

la constipation ; propagée à la vessie, elle détermine la rétention d'urine. La respiration est courte, accélérée, entièrement costale ; parce que les contractions du diaphragme sont empêchées par la paralysie due à l'inflammation de la séreuse, et par la douleur. Le mouvement fébrile est continu ; la face pâle, amaigrie, grippée. Si la maladie doit se terminer par la mort, le pouls faiblit de plus en plus, et finit par disparaître complètement ; le facies devient tout à fait hippocratique et prend une teinte asphyxique ; les malades se refroidissent et meurent avec l'aspect des cholériques. La douleur du ventre cesse habituellement dans les dernières heures.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, ce qui est rare, les vomissements cessent, la douleur diminue, le facies devient meilleur, le pouls se relève, le mouvement fébrile décroît, les selles et les urines se rétablissent, et, après le premier septénaire, les malades entrent en convalescence. Dans des cas extrêmement rares, mais dont il existe cependant des exemples authentiques, la guérison se produit après l'évacuation du pus à l'extérieur. Dans ce cas, il se produit une tumeur molle, réductible, sans changement de couleur à la peau ; tumeur qui, dans un cas, a été prise pour une hernie ; puis, cette tumeur rougit, s'ulcère, et laisse écouler plusieurs litres de pus. Une fistule persiste pendant quelque temps, finit par se fermer et la guérison est complète.

II. Forme foudroyante. — La maladie débute subitement par les douleurs, la dépression du pouls, l'altération considérable des traits, le refroidissement et l'état lipothymique. La maladie marche très-rapidement ; le pouls disparaît après six, douze ou dix-huit heures, et la mort arrive souvent dans la première journée, au plus tard dans la seconde. Cette forme est plus fréquente dans la première enfance.

III. Forme bénigne ou circonscrite. — La péritonite circonscrite est beaucoup moins grave que les deux formes précédentes ; elle débute par une douleur qui reste bornée à une région de l'abdomen ; la tympanite est circonscrite comme la douleur ; le mouvement fébrile est plus franchement inflammatoire,

et la face est rouge au lieu d'être pâle. — Les vomissements de bile verte et la constipation existent habituellement. La marche de la maladie est bien plus lente, elle se termine habituellement par un abcès qui s'ouvre au dehors ou dans l'intestin. C'est là une terminaison heureuse. Mais cet abcès peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale, ou bien propager l'inflammation au reste du péritoine ; et, dans les deux cas, les malades succombent avec les symptômes des deux formes précédentes. La *pelvi péritonite* décrite par Bernuts est la forme la plus habituelle des péritonites circonscrites. (Voir ce chapitre)

Étiologie. — Les causes de la péritonite essentielle sont fort mal connues. — L'impression du froid, les boissons froides surtout, ont été considérées comme une condition favorable au développement de la péritonite. Cette maladie est fort rare, peut-être est-elle plus fréquente dans la première enfance.

DES INFLAMMATIONS DU PÉRITOINE DANS LES MALADIES

L'inflammation du péritoine survient très-fréquemment à titre de symptôme dans les maladies et les lésions suivantes : traumatisme, étranglement de l'intestin, fièvre typhoïde, perforations après l'ulcère simple de l'estomac ou de l'instestin, perforation de la vésicule ou des canaux biliaires, perforation de la vessie, ouverture d'abcès, de kystes ou d'anévrysme, extension de l'inflammation de la plèvre, d'abcès périnéal ou autres, diathèses purulente puerpérale, scarlatine, scrofules avec ou sans tubercules dans le péritoine, diathèse cancéreuse.

Les *péritonites traumatiques*, celles par épanchement des liquides, après les perforations diverses que nous avons énumérées, revêtent les caractères de la *forme foudroyante.*

La péritonite de l'*étranglement* revêt habituellement la *forme commune;* il faut savoir que, dans la *hernie*, la péritonite se développe quelquefois dès le début, et sans que l'occlusion mécanique de l'intestin puisse expliquer les accidents ; mais que, le plus souvent, elle n'est que l'extension de l'inflammation du sac herniaire.

La péritonite par *extension de l'inflammation* marche très-ra-

pidement ; dans la fièvre typhoïde, elle simule très-bien la perforation intestinale.

La *péritonite puerpérale* peut présenter la forme commune, la forme foudroyante et la forme circonscrite ; mais elle offre toujours des caractères spéciaux : grands frissons revenant plusieurs fois les premiers jours ; teinte subictériques de la peau ; face bouffie et pâle ; vomissements bilieux abondants ; enfin il faut se rappeler que, dans ce cas, la péritonite n'est qu'une affection de la diathèse purulente.

La péritonite qui se développe dans le cours de la *scrofule*, qu'elle s'accompagne ou non de produits tuberculeux, affecte le plus souvent une marche lente et une durée fort longue, c'est la *péritonite chronique* des auteurs; d'autres fois elle prend les allures d'une maladie aiguë, mais elle revêt toujours des caractères spéciaux qui la différencient de la péritonite essentielle comme la méningite tuberculeuse est différenciée de la méningite essentielle.

Péritonite scrofuleuse à marche chronique. — Cette affection se développe dans le cours de la phthisie et à une période avancée de la maladie : elle est d'abord circonscrite, s'accompagne de douleurs vives, de vomissements et de fièvre ; elle se généralise plus tôt ou plus tard et détermine la mort. A l'autopsie, on trouve des foyers inflammatoires, disséminés autour de couches tuberculeuses ; ces foyers disséminés expliquent la marche de la maladie qui procède par aggravations successives.

Péritonite scrofuleuse à marche aiguë. — Elle est bien plus fréquente que la précédente, elle peut constituer l'affection unique ou au moins principale de la *scrofule maligne*, elle s'accompagne ou non de la production de tubercules dans le péritoine, et les symptômes sont presque identiques dans les deux cas. La péritonite scrofuleuse se comporte donc absolument comme la méningite scrofuleuse.

Le début de l'affection est souvent précédé de troubles de la digestion, d'anorexie, de diarrhée et principalement d'amaigrissement.

La douleur du ventre, les vomissements, la constipation, la

fièvre, se montrent simultanément pendant la première période de la maladie ; mais ces symptômes sont beaucoup moins accentués que dans la péritonite essentielle. Les vomissements sont rares et la constipation est remplacée plus ou moins promptement par la diarrhée ; le symptôme principal dans la période d'état est la tuméfaction et la tension du ventre ; le ventre présente une tuméfaction ovoïde uniforme. La percussion détermine une sonorité exagérée, excepté en certains points où la palpation fait reconnaître des gateaux tuberculeux ; rarement, on perçoit une véritable fluctuation, mais plutôt une sorte de vibration déterminée par la soudure des intestins.

L'amaigrissement et la perte des forces font des progrès rapides ; la fièvre hectique, les œdèmes se produisent et la mort arrive habituellement dans l'état cachectique.

Une recrudescence des accidents ou une perforation par suite du ramollissement ou de l'ulcération tuberculeuse peuvent précipiter l'événement.

La guérison est rare, elle est longue à obtenir et laisse à sa suite des adhérences qui sont pendant longtemps la cause d'une grande gêne dans les phénomènes de la digestion et même empêcher les malades de se redresser complètement.

Traitement. — *Forme commune*. *Aconitum*, *colocynthis* et *arsenicum*, sont les trois médicaments principaux de la péritonite de forme commune. *Belladona*, *thuia* et *carbo vegetabilis*, sont aussi quelquefois indiqués.

Aconitum (3e) au début, toutes les deux heures, contre les douleurs de ventre, s'exaspérant au moindre contact et au plus petit mouvement, les vomissements bilieux et la fièvre.

Colocynthis (3e), en goutte ensuite, si la maladie n'a pas été enrayée. Ce médicament correspond à des douleurs excessives, revenant par accès, accompagnées d'agitation, obligeant à une position courbée, les genoux pliés et rapprochés du menton. Les vomissements, la constipation ou la diarrhée, les crampes dans les jambes, rentrent dans la sphère de colocynthis.

Arsenic (3e) convient à une période plus avancée : facies grippé, refroidissement, asphyxie, pouls misérable. Le sentiment de

brûlure dans le ventre est une indication pour l'arsenic ; il en est de même des crampes dans les membres.

Carbo vegetabilis (30ᵉ) remplacera l'arsenic ou sera alterné avec lui lorsque le pouls manque complètement.

Belladona (3ᵉ dil.), en goutte, trouve son emploi au début quand la douleur est excessive, et que les intestins distendus se dessinent à travers les parois abdominales.

Thuia n'a pas pour son emploi de caractères bien distinctifs ; cependant nous devons le mentionner parce qu'on lui doit quelques cas de guérison.

En même temps qu'on prescrira les médicaments précédents, on enduira tout l'abdomen d'une couche épaisse de colodion élastique.

Traitement de la *forme foudroyante.* — Tous les traitements échouent.

Les médicaments les mieux indiqués sont : *arsenicum veratrum*, *lachesis* et *carbo vegetabilis.*

Traitement de la *forme bénigne.*—Le traitement de cette forme demande les mêmes médicaments que la forme commune, mais avec plus de chance de succès.

Traitement de la *péritonite traumatique.* — Il faut ajouter aux médicaments précédents *arnica*, et s'il y a plaie, rupture de l'intestin, le *narcotisme* produit par l'opium.

Traitement de la *péritonite par étranglement.* — *Nux vomica*, *belladona*, *opium*, *plumbum*, trouvent ici une indication spéciale (voir les occlusions intestinales).

Traitement des *péritonites puerpérales.*—L'aconit est le remède principal au début : Tessier le prescrivait en teinture à la dose de 1 gr. et plus ; je me suis bien trouvé de la 2ᵉ et de la 3ᵉ trituration.

Chamomilla, *belladona*, *pulsatilla*, *bryonia*, trouvent ici des indications spéciales.

Chamomilla est indiqué par l'anxiété, l'agitation causée par une douleur de ventre que les malades ne peuvent supporter ; la pâleur de la face; mais surtout la pâleur d'une joue et la

rougeur de l'autre; la suppression du lait; la diarrhée ; des lochies abondantes.

Belladona est indiqué par des symptômes concomitants d'érysipèles, de délire, des lochies putrides, la constipation, des douleurs de reins se propageant et pressant vers l'hypogastre ; le phlegmon du sein.

Bryonia, inflammation concomitante de l'un des ovaires; phlegmon des mamelles.

Colocynthis, *arsenicum* et *carbo vegetabilis*, trouvent aussi fréquemment leur indication.

Traitement de la *péritonite scrofuleuse*. Ce traitement n'a pas été fait par les médecins homœopathes, qui ont confondu le cancer et la péritonite tuberculeuse.

Indépendamment de *iodium*, *calcarea carbonica* et *sulfur*, indiqués par la nature scrofuleuse de l'affection, on trouve de grandes ressources dans *arsenicum* et *carbo vegetabilis*. Je dois à ce dernier médicament la guérison d'un cas de péritonite chronique qui laissa longtemps le convalescent courbé en avant mais qui a disparu sans laisser de traces.

CHAPITRE II

ASCITE

L'*ascite* est une lésion constituée par l'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine. Cette lésion s'observe dans les affections du cœur, dans la cirrhose ; elle accompagne les tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses qui siégent dans le péritoine ou dans le foie ; elle peut se produire avec d'autres hydropisies dans toutes les maladies qui donnent lieu à l'albuminurie, et c'est à ce titre qu'on l'observe après les fièvres éruptives et pendant la grossesse. L'ascite est de plus un des éléments les plus constants de toutes les cachexies ; cachexie des fièvres intermittentes, leucocythémie, cachexie cancéreuse, tuberculeuse, etc.

Il ne faut pas confondre avec l'*ascite* les accumulations de

sérosités, enkystées ou non, qui accompagnent ou qui suivent les diverses espèces d'inflammation du péritoine ; l'ascite se produit sans inflammation, et parcourt toutes ses périodes sans inflammation ; à moins qu'un accident, une violence extérieure, une paracentèse, une injection médicamenteuse, ne viennent à développer une péritonite.

L'ascite symptomatique est toujours liée soit à un obstacle à la circulation veineuse, soit à une altération du sang. On comprend que les symptômes et la marche de ces ascites varient avec les maladies dont elles sont un symptôme. A marche aiguë, accompagnées d'une fièvre quelquefois intense, *sthéniques*, comme on dit, à la suite de la fièvre scarlatine, elles sont tout à fait apyrétiques, chroniques, *asthéniques* dans la cirrhose. Il est inutile de s'arrêter sur toutes ces différences qui ressortent naturellement de l'histoire de chaque maladie en particulier, et qui encombrent si inutilement la plupart des articles et monographies sur l'*ascite*.

Indépendamment des ascites symptomatiques, il existe une *ascite essentielle* ; son existence est établie sur des observations qui présentent toutes les garanties scientifiques.

Etiologie.—Ce n'est guère qu'à partir de la seconde enfance qu'on a constaté l'existence d'une ascite essentielle ; elle semble un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et l'*humidité* est une cause occasionnelle universellement admise. Chez la femme l'ascite est souvent liée à l'*aménorrhée*. Est-ce à titre de symptôme ? ou bien, dans ce cas, l'ascite détermine-t-elle la suppression des règles ? C'est principalement à l'époque de la puberté et à l'âge du retour qu'on observe ces ascites.

L'ascite débute sourdement par un malaise, quelquefois même par un mouvement fébrile de quelques jours. Les douleurs de ventre sont peu intenses, elles peuvent manquer complétement.

Le symptôme principal, presque unique à la période d'état, est le développement de l'abdomen. Ce développement se fait progressivement ; le liquide accumulé dans le petit bassin pendant les premiers temps gagne peu à peu les flancs, repoussant

les intestins vers la région ombilicale, puis vers l'épigastre. L'abdomen se distend, le diaphragme s'immobilise : d'où une dyspnée quelquefois excessive, empêchant le malade de se coucher, déterminant la teinte violacée des lèvres et un commencement d'asphyxie ; de là encore des palpitations, des lipothymies, et du côté de l'estomac, des troubles de la digestion.

Inspection. — Quand le ventre a déjà été distendu par des grossesses antérieures ou quand l'hydropisie se reproduit après la paracentèse, le ventre est aplati, élargi vers les fosses iliaques. Dans les autres circonstances, surtout si le liquide se produit rapidement, le ventre est globuleux.

Fluctuation. — Elle se perçoit d'un côté à l'autre du ventre, par un choc brusque opéré d'un côté tandis que la main appliquée à plat reçoit le flot du liquide du côté opposé. Quand il y a peu d'eau on perçoit le choc du liquide entre deux doigts, le troisième frappant brusquement l'abdomen.

La *percussion* permet de constater une matité qui varie avec la position des malades.

Habituellement heureuse dans l'ascite essentielle, la *terminaison* s'opère souvent par des crises. Ce sont des évacuations excessives par les urines, les selles, les sueurs, ou même par les vomissements ou la salivation. Quelquefois il se fait une éraillure sur la ligne blanche, à l'ombilic, dans les parois vaginales ; le liquide s'échappe peu à peu par cette ouverture, et la guérison a quelquefois suivi ce mode de terminaison.

La *durée* de la maladie est variable, mais toujours longue ; cependant il y a des exemples de guérison après six semaines et deux mois ; la mort arrive par asphyxie, syncope ou par péritonite.

Traitement. — *Helleborus*, *mercurius*, *china*, *arsenicum*, *iodum*, *pulsatilla*, *ledum palustre*, *pruna spinosa*, sont les médicaments principaux à employer dans le traitement de l'ascite. L'expérience clinique a démontré l'efficacité de tous les médicaments que nous indiquons ; seulement les observateurs n'ont pas suffisamment distingué l'ascite symptomatique de l'ascite essentielle.

Helleborus niger est indiqué principalement dans les ascites récentes et au début du traitement. Un mouvement fébrile, avec prédominance de froid, l'absence de soif, un sentiment de froid dans le ventre, indiquent ce médicament.

China est indiqué quand l'état cachectique est déjà prononcé. Ce médicament est surtout efficace quand l'ascite s'est développée après des hémorrhagies. La diarrhée aussitôt après les repas, la soif vive, la boulimie, avec digestion troublée, la gêne de la respiration, les urines très-fréquentes, peu abondantes, troubles, avec un dépôt blanc ou rouge, indiquent encore ce médicament.

Arsenicum s'est montré bien souvent efficace contre les ascites arrivées au dernier degré, avec suffocation, syncope, lientérie, amaigrissement squelettique, agitation et anxiété nocturne, fièvre hectique.

Iodium est indiqué dans toutes les hydropisies et par conséquent dans l'ascite. Les symptômes sont : l'amaigrissement excessif, la boulimie, l'anxiété cardiaque, avec tremblement des membres, l'urine très-foncée et très-rare.

Pulsatilla est spécialement indiqué dans le traitement de l'ascite, avec aménorrhée ; principalement à l'époque de la puberté. Cependant ce médicament a aussi produit la guérison dans l'âge critique. *Lachesis* devrait être essayé spécialement dans cette circonstance.

La pathogénie et la clinique ne permettent pas encore de préciser les indications de *mercurius*, *ledum palustre*, *ferrum*, *sulfur* et *pruna spinosa*.

Quant aux doses, *pulsatilla* a donné deux guérisons à la 30e ; une dose tous les huit jours ; mais, comme dans toutes les maladies chroniques, je conseille de varier beaucoup et les doses et le mode d'administration.

Nous trouvons les renseignements suivants dans Richard Hughes :

Apis. Son action sur les membranes séreuses doit le faire essayer, il pourra dans certains cas rendre service.

Apocynum cannabium, d'après le Dr Halle, possède de remarquables propriétés contre toute espèce d'hydropisie.

Digitale devra être employé surtout lorsque l'hydropisie sera de cause cardiaque.

Eupatorium purpureum a été aussi employé dans le traitement de cette affection et a donné quelques résultats.

Urtica pourra aussi être donné avec avantage.

CHAPITRE III

CARREAU

Le carreau est une affection scrofuleuse propre à la seconde enfance ; elle se developpe de la 3e à la 12e année et est surtout fréquente de la 5e à la 10e ; les garçons y sont plus sujets que les filles.

Cette affection marche lentement et s'accompagne de symptômes peu apparents. L'amaigrissement coïncide avec la conservation de l'appétit ; un peu de tension abdominale et la diarrhée sont les seuls symptômes pendant bien longtemps. Quand la tumeur mésentérique s'est développée, on parvient habituellement à la constater par la palpation abdominale, et le diagnostic est alors fort précis. Cette tumeur est bosselée, très-dure, tantôt mobile, tantôt fixe, au devant de la colone vertébrale. Cette affection ne s'accompagne pas habituellement de douleur, et le gonflement du ventre n'est pas constant. L'amaigrissement, la pâleur, la bouffissure, l'œdème, la fièvre hectique, une diarrhée lientérique continuelle, finissent par amener l'état cachectique et la mort.

Cependant cette affection est susceptible de guérison : la diarrhée s'interrompt, l'amaigrissement fait place à l'embonpoint ; les tumeurs s'atrophient et subissent la dégénérescence crétacée.

Le carreau se complique souvent avec la phthisie pulmonaire, bronchique ou cérébrale, rarement avec la péritonite chronique. L'ascite, l'étranglement interne, la perforation intestinale, sont des complications rares.

Traitement. — *Calcarea*, *iodium* et *arsenicum*, sont les trois

médicaments de cette affection, et tous les trois ont produit des guérisons incontestables. *Conium maculatum*, *hepar sulfuris* sont aussi indiqués.

Arsenicum devra toujours être prescrit, au moins d'une manière intercurrente, contre la diarrhée lientérique si fréquente dans cette maladie.

Iodum et *calcarea* correspondent à l'engorgement tuberculeux.

Iodium est indiqué par l'amaigrissement considérable, la voracité, le gonflement du ventre et l'ascite.

CHAPITRE IV

TYMPANITE

La tympanite est toujours un symptôme, on en distingue deux espèces : la *tympanite péritonéale* qui est extrêmement rare et la *tympanite intestinale* qui est très-fréquente.

La tympanite péritonéale est caractérisée par la présence de gaz dans la cavité du péritoine. Le plus souvent ces gaz sont le produit d'une perforation; cependant ils peuvent aussi se développer spontanément. Les symptômes de cette affection sont le développement régulier de l'abdomen et une sonorité uniforme et générale de cette région.

La *tympanite intestinale* est un symptôme commun à beaucoup de maladies : l'*entérite*, l'*occlusion intestinale*, l'*hypochondrie* et l'*hystérie* sont les principales affections dans lesquelles on observe ces symptômes. Quand nous disons l'entérite, nous entendons non-seulement l'entérite essentielle, mais toutes les entérites symptomatiques. C'est surtout dans l'entérite symptomatique de la fièvre typhoïde et dans l'hystérie que la tympanite acquiert une grande intensité.

Les symptômes de la tympanite intestinale sont le gonflement énorme et régulier du ventre. Les anses intestinales distendues se dessinent à travers les parois intestinales et c'est un bon signe diagnostic de cette forme de tympanite. Le diaphragme toujours gêné dans son mouvement d'abaissement

est souvent fortement repoussé en haut, d'où une dypsnée proportionnée au degré de la tympanite. Dans les cas graves, la gêne de la respiration est telle qu'il y a des signes d'asphyxie : bouffissure et rougeur sombre de la face ; teinte violacée des lèvres, épistaxis : l'oppression et l'angoisse vont croissant et dans plusieurs cas que nous avons observés la mort paraît imminente, et n'a été évitée que par la ponction intestinale. Quand la tympanite est très-forte, le ventre devient douloureux, et on entend des borborygmes à timbre métallique. C'est seulement chez les hystériques que nous avons observé les cas de tympanite excessive avec occlusion intestinale absolue. Dans les entérites de la fièvre typhoïde et des empoisonnements, les symptômes n'atteignent jamais ce haut degré de gravité.

La tympanite hystérique survient habituellement tout d'un coup, et elle se termine aussi très-rapidement par l'évacuation, par le bas, d'une grande quantité de gaz.

Des expériences sur les animaux que nous avons instituées avec le Dr Jablonski, il résulte que la tympanite avec occlusion absolue de l'intestin se produit par le développement extrêmement rapide des gaz. L'intestin subitement distendu et comprimé par les parois abdominales s'immobilise et reste étranglé par ses propres replis.

Traitement. — *Nux vomica*, *colocynthis*, *china*, *lycopodium* et *taraxacum* sont les principaux médicaments de la tympanite intestinale. Mais dans les cas extrêmes quand l'asphyxie est imminente, il ne faut pas hésiter à pratiquer la *ponction intestinale*. Cette opération est extrêmement simple et sans aucun danger ; elle se fait à l'aide d'un trocart explorateur que l'on enfonce, sans hésiter, dans une des anses les plus distendues. Quelquefois on est obligé de pratiquer, séance tenante, plusieurs ponctions pour dégager complètement l'intestin. Je n'en ai jamais fait plus de deux.

LIVRE VII

MALADIES ET AFFECTIONS DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

CONGESTION DU FOIE

La congestion du foie est une lésion caractérisée par la stase du sang dans l'organe hépatique ; stase du sang qui produit une augmentation de volume du foie, une douleur sourde, et des troubles variés de la sécrétion bilieuse. Cette lésion peut constituer, à elle seule, toute l'affection morbide ; d'autres fois, elle n'est qu'un premier pas vers la cirrhose ou même vers l'abcès du foie. Cette diversité dans le mode de terminaison de la congestion hépatique tient à la fois aux maladies qui la déterminent, à la disposition individuelle et à l'influence des climats.

MALADIES DONT LA CONGESTION DU FOIE EST UN SYMPTOME.

Les *affections du cœur* et *du poumon* sont les causes les plus fréquentes de la congestion du foie. Cette congestion s'accompagne d'une augmentation très-rapide et très-considérable du volume du foie ; il existe un sentiment de pesanteur douloureux dans l'hypochondre droit, des symptômes de diarrhée, et, quand la congestion est intense, un ictère bien marqué. La congestion peut augmenter, diminuer, disparaître et revenir, suivant les diverses périodes que traversent les maladies du cœur ou du poumon qui la produisent. Mais, dans les maladies du cœur, surtout quand elle se répète souvent, elle détermine une autre lésion que nous décrirons plus tard, la *cirrhose*. — Il est extrêmement rare que cette congestion détermine l'*abcès du foie*.

L'alcoolisme est, dans nos climats, la cause des congestions hépatiques, qui, par sa fréquence, vient immédiatement après

les maladies du cœur. Dans cette congestion, le foie augmente moins de volume que dans la variété précédente, et la terminaison par la cirrhose est extrêmement fréquente.

Dans la *cachexie des fièvres intermittentes*, la congestion du foie ne présente rien de particulier; elle est concomitante de celle de la rate, extrêmement chronique, et aboutit quelquefois à la cirrhose.

Congestion du foie dans la dysentérie. — La congestion du foie dans la *dysentérie* est très-fréquente dans les pays chauds; son histoire a été confondue avec celle de l'hépatite, qui est une suite si fréquente de la dysentérie.

Traitement. — *China*, *lachesis*, *vipera*, *mercurius*, *arsenicum*, *nux vomica*, *sulfur*, sont les médicaments principalement indiqués par la congestion du foie. Mais ces indications sont elles-mêmes très-subordonnées à celles fournies par la maladie dont la congestion est un symptôme.

Je conseille de commencer le traitement par *nux vomica* 12e ou 30e, et lorsque les symptômes gastriques seront amendés arriver *à vipera* 3e et même 2e trituration. J'ai vu sous l'influence de ce médicament le foie diminuer et revenir à son volume physiologique en quelques semaines. (Voir Clinique de l'hôpital Saint-Jacques. — Congestion du foie.)

Leptandra virginica a guéri plusieurs cas de congestion du foie dans lesquels il y avait douleur brûlante profonde dans la région hépatique, céphalalgie frontale et jaunisse.

CHAPITRE II

ABCÈS DU FOIE

Nous préférons désigner ainsi l'*hépatite* des auteurs, parce que l'histoire de l'inflammation du foie est tellement mélangée avec celle de la congestion et de la cirrhose qu'il est difficile de

lui attribuer ses véritables limites. L'abcès du foie, au contraire, est une lésion parfaitement définie et qui présente en médecine pratique un intérêt considérable.

Etiologie. — A propos de la *congestion du foie*, nous avons indiqué déjà les grandes lignes de l'étiologie des abcès du foie. Ajoutons que cette lésion est surtout fréquente dans les pays intertropicaux où elle survient comme complication, ou comme accident consécutif de la dysentérie. Dans nos climats, c'est surtout à propos d'obstruction des voies biliaires, par des lombrics, par des calculs ou par des hydatides que nous observons le développement d'abcès du foie. Les tumeurs hydatides du foie, le cancer de l'estomac sont encore des causes d'*abcès du foie*. Nous ajouterons encore : les contusions, les blessures, le traumatisme de la glande hépatique; les plaies de tête, que les anciens regardaient comme une cause fréquente d'abcès du foie, ne produisaient cette lésion que lorsqu'elles étaient l'occasion du développement d'une *diathèse purulente traumatique*. On sait, en effet, que le foie est l'un des organes dans lesquels on rencontre le plus souvent les *abcès dits métastatiques*.

Les abcès du foie présentent deux variétés : une *aiguë* et l'autre *chronique*.

Abcès aigu du foie. — Comme dans toutes les affections communes à des maladies différentes, les symptômes sont très-variables. Voici ceux qu'on observe le plus communément. L'affection débute par un mouvement fébrile avec frissons, une douleur siégeant plus ou moins haut dans l'hypochondre droit et de l'ictère. Le malade, en proie à beaucoup d'agitation au début, tombe habituellement dans l'adynamie et la prostration. Un mouvement fébrile rémittent ou même intermittent avec frissons et sueurs, est le syndrome le plus constant. Les symptômes offrent ensuite une physionomie bien diverse, suivant les terminaisons qu'affecte l'abcès du foie.

Abcès chronique du foie. — Nous avons observé, dans notre pays, des abcès du foie à marche chronique. La maladie s'annonce par une douleur dans l'*hypochondre* et l'augmentation

de volume du foie. L'anorexie, la perte des forces avec amaigrissement, quelquefois l'ictère accompagnent les abcès. La fièvre apparaît irrégulièrement et seulement pendant le travail d'élimination. Quand l'abcès va s'ouvrir, si l'abcès occupe la face convexe du foie, il fait saillie au devant des fausses côtes ou même à travers les fausses côtes et alors les parois abdominales deviennent le siége de l'œdème qui accompagne et annonce toutes les suppurations.

Ces abcès se terminent habituellement par la mort, soit par les progrès de l'adynamie, la multiplication des abcès dans le foie, ou par la propagation de l'inflammation au péritoine, à la plèvre ou au poumon.

La mort arrive encore par suite de l'ouverture de l'abcès dans le péricarde, les veines caves, le péritoine ou la plèvre. Elle arrive encore souvent malgré l'ouverture de l'abcès dans des lieux plus favorables et qui permettent quelques rares guérisons. Ce sont : l'ouverture à la peau, dans le côlon, dans les voies biliaires ou dans les bronches. L'évacuation du pus par ces voies différentes est suivie d'une rémission dans la fièvre ; de la diminution de tous les symptômes; et quelquefois de la guérison définitive. Mais souvent les malades succombent à la longueur de la suppuration (phthisie hépatique), ou à des abcès nouveaux dont l'ouverture est moins favorablement placée.

Traitement. — *Lachesis*, *mercurius*, *silicea*, *arsenicum*, sont les médicaments principaux dans le traitement de l'abcès du foie.

Lachesis. Les abcès du foie sont une des lésions produites par la piqûre du lachesis. Ce médicament est indiqué encore par l'ictère, par la douleur dans la région du foie et par le mouvement fébrile rémittent, l'adynamie et la prostration. Doses : de la 3e à la 12e dilution. Une cuillerée toutes les deux heures. Quelques médecins préfèrent *vipera torva*.

Mercurius est indiqué par des douleurs lancinantes, brûlantes et contusives dans la région du foie; par l'*hypertrophie et la dureté* de cette organe; par l'ictère et par un mouvement fébrile avec prédominance des sueurs ; mêmes doses que *lachesis*.

Silicea est indiqué par sa grande valeur dans toutes les suppurations. Il convient en outre quand il y a gonflement et dureté du foie; douleur pulsative augmentant par le toucher et par le mouvement; la 30ᵉ et la 200ᵉ dilution me semblent ici plus particulièrement indiquées.

Arsenicum est indiqué par l'affection du foie, par la prostration et l'état d'épuisement de la seconde période.

Le traitement chirurgical ne doit pas être négligé ici. Nous renvoyons pour cela à ce que nous avons dit à propos des hydatides du foie.

CHAPITRE III

CIRRHOSE

La cirrhose est la *sclérose* du foie; elle est caractérisée par la végétation, *prolifération*, du tissu conjonctif qui se transforme, par son évolution propre, en un tissu essentiellement rétractile. Cette lésion est engendrée par des congestions et des inflammations successives du tissu hépatique. Elle conclut à la destruction de la *cellule hépatique*; à la constriction et à l'étranglement des radicules de la veine porte et des conduits biliaires, et par conséquent à une *atrophie* plus ou moins notable du foie. Cet étranglement des tissus est la conséquence naturelle de la rétractilité du tissu fibreux de nouvelle formation.

La cirrhose survient dans le cours des *maladies du cœur*, de l'*alcoolisme*, de la *cachexie intermittente* et de la *syphilis*. Elle présente des caractères variables avec ces différentes maladies; mais elle a des symptômes propres que nous devons d'abord étudier. La constriction des radicules de la veine porte a des conséquences qui font bien comprendre l'évolution de la cirrhose. La première conséquence est le développement d'une circulation supplémentaire par les veines des replis falciformes et de la paroi abdominale (veines portes supplémentaires), et aussi par les veines œsophagiennes; de là, le développement très-marqué des veines qui rampent dans les parois de l'abdo-

men ; veines qui présentent quelquefois un frémissement et un *susurrus* analogue à celui qu'on observe dans les veinus jugulaires chez les anémiques ; de là aussi quelquefois des hémorrhagies œsophagiennes. Mais cette circnlation supplémentaire est toujours insuffisante, et l'hydropisie du péritoine, l'ascite, se développe tôt ou tard et constitue le symptôme principal de la cirrhose.

La constriction des radicules de la veine porte a encore pour conséquences d'élargir considérablement les anastomoses et les communications entre la veine porte et l'artère hépatique. Et cependant, malgré tous ces *diverticulum* le sang reflue en abondance dans la rate et détermine l'hypertrophie de cet organe.

Les désordres si multiples qui constituent la cirrhose ont encore pour conséquence une diminution notable dans la nutrition, puisque la *veine porte* ne verse plus dans les veines sus-hépatiques et dans le cœur les matières alibiles puisées dans l'intestin.

L'absence d'une sécrétion suffisante de bile produit des troubles considérables de la digestion : dyspepsie, flatulence, constipation ou diarrhée, et laisse dans le sang les éléments excrémentitiels qui, habituellement, sont éliminés avec la bile, et en particulier la *cholestérine*. En sorte que la cirrhose, quand elle est très-avancée, produit l'*acholie* (suppression de la sécrétion biliaire) détermine la *chlolestérémie*, c'est-à-dire la viciation du sang par la cholestérine, d'où le délire, le coma, les hémorrhagies et autres symptômes qu'on observe quelquefois à la fin de la cirrhose, mais bien plus fréquemment à la suite de l'*atrophie aiguë du foie* (ictère grave). L'*ictère* est loin d'être constant dans la cirrhose.

Cirrhose dans les maladies du cœur. — L'ascite est le principal et quelquefois l'unique symptôme de cette complication. Rarement on constate une légère douleur dans l'hypochondre droit. Il survient en même temps des troubles variés de la digestion : anorexie, dyspepsie, flatulence, vomissements muqueux. Le foie est presque toujours augmenté de volume,

parce que la cirrhose est due ici à une congestion constamment entretenue par la gêne de la circulation cardiaque. A l'autopsie, en trouve le foie augmenté de consistance, d'une couleur uniforme jaune foncé, *cuir de botte ;* la surface de section est entrecoupée de tractus blancs ; les branches de la veine porte et les vaisseaux biliaires sont très-dilatés ; la surface de l'organe est criblée d'une multitude de granulations très-petites et égales entre elles.

Cirrhose dans l'alcoolisme. — Les symptômes sont identiques, les troubles de la digestion sont ordinairement plus considérables, *le foie est toujours atrophié.*

Cirrhose dans la cachexie des fièvres intermittentes. — Ascite, hémorrhagies plus fréquentes, et surtout gonflement énorme de la rate ; le foie tantôt hypertrophié, tantôt atrophié, tantôt ayant conservé son volume normal.

Cirrhose dans la cachexie syphilitique. — Ici la lésion est très-différente : les granulations sont moins nombreuses mais beaucoup plus grosses et irrégulières. Mêmes symptômes que dans la cirrhose alcoolique.

Traitement. — Nous n'avons pas à exposer le traitement de cette lésion ; les indications se tirent de la maladie principale : affection du cœur, alcoolisme, caxechie intermittente ou syphilitique. Elles se tirent encore des accidents principaux et en première ligne de l'ascite. Les médicaments qui ont une action élective sur le foie, comme *nux vomica*, *lachesis*, *mercurius*, *china*, *arsenicum*, *chelidonium majus*, *curare*, doivent être choisis de préférence.

CHAPITRE IV

CANCER DU FOIE

Cette affection est rarement primitive, elle est presque toujours sous la dépendance d'un cancer de l'estomac, ou bien elle survient avec les cancers multiples (appelés à tort métastatiques) de la cachexie.

Souvent le seul symptôme du *cancer du foie* est la tuméfaction de cet organe et la perception par la palpation de tumeurs dures, bosselées, douloureuses. La douleur habituellement lancinante est, apres le gonflement de la glande, le symptôme le plus fréquent. L'ictère et l'ascite sont loin d'être constants.

Quelquefois le cancer du foie ne se traduit pendant longtemps que par les symptômes généraux de la *diathèse cancéreuse*, et c'est seulement dans la dernière période que surviennent rapidement la tuméfaction et la douleur qui permettent de préciser le diagnostic.

Le **Traitement** est entièrement palliatif; il est principalement indiqué par les douleurs et par la cachexie. *Conium maculatum*, *arsenicum*, *lachesis*, *nux vomica*, *chelidonium majus*, pourront rendre quelques services.

CHAPITRE V

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

La tumeur est formée par un kyste contenant, dans sa cavité, un liquide extrêmement limpide, dépourvu d'albumine, et dans lequel nage une quantité plus ou moins considérable de sphères transparentes, très-variables de volume, et contenant elles-mêmes un liquide analogue à celui du kyste : ce sont des hydatides.

Les travaux des naturalistes modernes ont démontré que les hydatides étaient des *échinocoques*. L'*échinocoque* est un *tænia* incomplètement développé.

Les hydatides siègent principalement dans le foie; elles se développent surtout de 20 à 40 ans. Cependant on peut en rencontrer à tous les âges. Cette maladie est rare chez les marins; elle est très-fréquente dans l'Allemagne centrale, plus frequente encore en Hollande, où elle atteint un cinquième de la population.

Le début de cette maladie est toujours fort obscur. Une dou-

leur, ou plutôt un sentiment de gêne habituel dans l'hypochondre où siège la tumeur; douleur souvent plus marquée la nuit; une tumeur qui se prononce de plus en plus, occupe l'épigastre ou l'un des hypochondres, bien plus souvent le droit; tumeur arrondie, globuleuse, mate, élastique, fluctuante, donnant quelquefois la sensation d'une vibration particulière, *frémissement hydatique*. Dans un cas, on a même pu entendre une sorte de *tintement métallique* très-distinct.

Quant l'hydatide siège sur la face convexe elle repousse le foie qui déborde les fausses côtes; elle dilate la cage thoracique et repousse le poumon, quelquefois jusqu'à la clavicule. Il y a alors une matité absolue et très-circonscrite; absence de souffle, de bronchophonie et d'égophonie. Ce dernier signe peut apparaître quand il y a un léger épanchement pleurétique concomitant.

La maladie marche lentement, avec des aggravations et des remissions; mais après des années elle finit par arriver à une des terminaisons suivantes.

Ces terminaisons sont : *a*) mort par compression du poumon; *b*) guérison par atrophie de l'hydatide; *c*) ouverture de l'hydatide : 1° à l'extérieur; 2° dans l'intestin; 3° dans l'estomac; 4° dans le péritoine; 5° dans les voies biliaires; 6° dans la cavité pleurale; 7° dans les bronches.

a) **Mort par le développement excessif de l'hydatide.** — Ce genre de terminaison est fort rare; nous ne l'avons jamais observé, et nous n'en connaissons qu'une seule observation; le malade succomba asphyxié par la compression des poumons.

b) **Guérison par atrophie de l'hydatide.**— Dans ce mode de terminaison l'échinocoque meurt, le kyste devient de plus en plus épais, cartilagineux et osseux; le liquide s'épaissit, prend l'appprence du lait de chaux; plus tard, il ne reste plus qu'un magma crétacé, dans lequel on retrouve des débris d'hydatides.

c) **Ouverture de l'hydatide.** — 1° *à l'extérieur*. L'ouverture de l'hydatide à l'extérieur est, après la précédente, la terminaison la plus heureuse. L'ouverture spontanée des hydatides

est toujours précédée de l'inflammation du kyste; c'est le mécanisme nécessaire; il n'y a pas *rupture* mais *perforation*, comme dans les abcès.

La poche se vide de son liquide et de ses hydatides, elle suppure et se rétrécit de jour en jour. Si la guérison doit avoir lieu, la suppuration diminue, les parois se rapprochent, et la cavité morbide disparaît comme après un abcès. Mais le malade peut succomber aux accidents qui suivent l'ouverture des grands abcès, ou encore à une seconde ouverture qui se fait en un lieu moins favorable. Car il est d'observation que, quand une collection s'ouvre en un point, le travail d'ulcération est déjà très-avancé dans deux ou trois endroits différents; et souvent, malgré l'évacuation du liquide, ce travail d'ulcération continue et les perforations deviennent multiples.

2° *Ouverture dans l'intestin.* — Terminaison habituellement heureuse; elle s'accompagne de diarrhée abondante et d'évacuation des hydatides par les selles. La prolongation et l'abondance de la diarrhée peuvent amener la mort.

3° *Dans l'estomac.* — Cette terminaison est moins favorable que la précédente, les hydatides sont rendues par le vomissement.

4° *Dans les voies biliaires.* — Cette terminaison n'est pas très-rare. Les hydatides s'évacuent par le canal cholédoque. Cette évacuation est difficile, donne lieu aux symptômes de la rétention biliaire; ictère et colique hépatique.

Cette terminaison se complique d'hépatite et d'abcès du foie.

5° *Dans le péritoine.* — Terminaison mortelle en quelques heures par le développement d'une péritonite suraiguë.

6° *Dans le thorax.* — Quand les hytatides sont situées à la face convexe du foie et que le kyste vient à s'enflammer, cette inflammation se propage au diaphragme et détermine des adhérences intimes entre la tumeur et le diaphragme; de là l'inflammation se propage à la plèvre; et, suivant qu'elle est intense ou modérée, elle produit deux effets bien différents :

intense elle détermine un épanchement qui s'oppose à l'adhérence du diaphragme et du poumon, et quand l'ulcération a perforé le diaphragme, le kyste hydatique se vide dans la cavité pleurale et aggrave considérablement la pleurésie qui suppure et détermine habituellement la mort. Mais, si, au contraire, l'inflammation qui du péritoine et du diaphragme gagne la plèvre pariétale est modérée, des adhérences solides s'établissent entre le poumon et le diaphragme, et par une succession de petits abcès, qui tous communiquent ensemble, la poche hydatique finit par se vider dans les bronches. Cette terminaison peut ammener la guérison ou la mort. Quelquefois l'abondance du liquide suffoque le malade ; d'autres fois il succombe épuisé par une longue suppuration. Quand la guérison a lieu, ce qui n'est pas très-rare, le malade crache pendant longtemps du pus coloré par la bile et mélangé du débris d'hydatide. Puis, quand la poche est vidée, elle se cicatrise et la guérison est définitive.

Traitement. — Nous ne possédons aucun renseignement clinique sur le traitement pharmaceutique des hydatides ; la matière médicale nous offre très-peu de renseignements.

Dans un cas terminé par l'ouverture du kyste dans les bronches et la guérison du malade, j'ai employé le *natrum muriaticum* sans toutefois pouvoir affirmer que ce médicament ait eu une action sur la marche de la maladie.

Si le kyste est ouvert à l'extérieur, il sera bon de faire des injections iodées (eau distillée et teinture d'iode par parties égales). C'est le traitement qui réussit le mieux après l'ouverture des grands abcès.

Si la tumeur n'est pas ouverte et que son volume soit déjà considérable, on l'attaque par le procédé Récamier. Ce procédé est sûr, pourvu qu'on ne veuille pas aller trop vite. Premier jour, application de potasse caustique qui doit détruire le derme dans une longueur d'au moins 4 à 6 centimètres ; deux jours après on fend l'escharre, on l'enlève et on attaque le tissu musculaire par des cautérisations successives ; on maintient les parois abdominales aussi immobiles que possible. Arrivé au

péritoine il faut encore attendre quelques jours avant d'ouvrir. L'opération totale demande au moins quinze jours pour être conduite à bonne fin. Le procédé de Bégin, celui de Trousseau peuvent être également employés.

Les adhérences étant établies, on pratique une ponction avec un trocart ordinaire, suivie d'une injection avec l'*eau iodée*. Si ce traitement ne suffit pas, ou s'il survient une inflammation du kyste avec suppuration, on ouvre largement et on pratique des injections fortement iodées ; un tiers, moitié, trois quarts de teinture d'iode ; puis enfin la teinture d'iode pure.

Les injections dans la proportion d'un gramme de la 1re trituration de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau qui m'ont été indiquées par le Dr Teste pour le traitement des abcès froids et qui m'ont réussi plusieurs fois, pourraient être essayées si la teinture d'iode ne réussissait pas. La simple ponction avec l'appareil de Dieulafoy a dans plusieurs cas amené une guérison radicale. Cette opération est habituellement exempte de dangers, elle devra donc être tentée la première.

CHAPITRE VI

CALCULS BILIAIRES

Ces calculs, de forme et d'apparence très-diverses, multiples ou isolés, peuvent se développer dans le canal hépatique et ses ramifications ; mais ils prennent naissance le plus habituellement dans la vésicule biliaire ; ils sont formés le plus souvent aux dépens de la cholestérine. On en trouve qui sont composés de substances calcaires, unis ou non aux acides spéciaux de la bile ; les cholates et les margarates de chaux sont surtout fréquents. Arrondis ou ovoïdes, quand ils sont uniques, à facettes et mûriformes, quand ils sont multiples, habituellement d'un vert-brun, ils sont quelquefois entièrement noirs ; d'autres fois blancs et transparents comme des morceaux de gomme ; ils peuvent être de couleurs mélangées et présenter des points bril-

lants comme le *mica;* à l'état frais, ils sont comme vernissés et deviennent mats par la dessication ; ils sont habituellement assez mous. Ces concrétions se forment habituellement chez les goutteux et coïncident souvent avec la gravelle urique. C'est après 50 ans qu'ils sont le plus fréquents. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et les enfants en sont quelquefois atteints. Ils se développent principalement chez les hommes de cabinet. Une trop longue distance entre les repas est une circonstance étiologique favorable à leur développement.

Tout ce qui gêne et retarde la circulation de la bile dans ses voies d'excrétion est une cause de calculs ; l'inflammation catarrhale de la vésicule et des canaux cholédoque et hépatique est la cause la plus fréquente de la lithiase biliaire. Des corps étrangers : caillots sanguins, lombric, aiguille, etc., deviennent facilement le centre et la cause d'un calcul biliaire.

Très-souvent les calculs biliaires peuvent persister toute la vie sans déterminer d'accidents sérieux et sans que les souffrances vagues qu'ils occasionnent permettent d'en établir le diagnostic. Ceci arrive toutes les fois que les calculs, par leur petitesse, par leur situation dans la vésicule, ou par leur immobilité dans un recoin des voies biliaires, n'apportent aucun obstacle au cours de la bile.

Les accidents que peuvent déterminer les calculs biliaires sont très-nombreux. Ce sont, en première ligne, la *colique hépatique*, l'*hépatite*, la *rétention de la bile* et la *distension de la vésicule* qui en est la suite; l'*inflammation*, l'*ulcération* et la *perforation* des voies biliaires, la *péritonite*, soit par suite de cette perforation, soit par extension de l'inflammation.

Colique hépatique. — Cet accident excessivement douloureux commence toujours pendant la digestion, deux à trois heures après le repas. Il débute brusquement par une douleur qui occupe d'abord l'épigastre, gagne l'hypochondre droit, s'irradie à l'abdomen et quelquefois à l'épaule droite, quelquefois au cœur. La douleur excessive arrache des cris aux malades, s'accompagne d'angoisses et de tendance au refroidissement et à la syncope; les vomissements de matières alimentaires ou de

mucus accompagnent cette douleur; la constipation est opiniâtre. La colique hépatique peut se terminer en un seul accès au bout de quelques heures ; mais souvent elle présente plusieurs accès qui constituent une attaque. Chaque accès est habituellement suivi d'un ictère plus ou moins intense, avec coloration pathognomonique de l'urine, décoloration des selles et démangeaison de la peau. S'il doit survenir d'autres accès, le malade reste dans l'angoisse et l'appréhension. Quand le dernier accès est terminé, la douleur cesse souvent brusquement, les selles se rétablissent en même temps que l'ictère diminue rapidement. Les coliques hépatiques s'accompagnent de refroidissements, de sueurs froides, et acquièrent quelquefois une telle intensité qu'on a vu survenir la mort par syncope (Portal).

Le retour des accès a quelquefois la régularité du retour d'accès de fièvre intermittente.

Le pouls est habituellement sans fréquence ; mais quand les accès très-douloureux se rapprochent, il devient petit, misérable et fréquent. Il n'est pas rare alors d'observer un mouvement fébrile rémittent d'une certaine durée.

Hépatite. — L'hépatite survient quelquefois comme conséquence d'accès très-répétés de colique hépatique et d'obstacle au cours de la bile. Elle est caractérisée par une douleur sourde, l'augmentation du volume du foie qui dépasse les fausses côtes de deux, trois et même quatre travers de doigt. Elle détermine des symptômes généraux très-graves quand elle se prolonge et peut passer à l'état chronique.

Rétention de la bile, accident d'acholie et distension des voies biliaires. — La rétention de la bile, indépendamment de l'ictère, détermine une distension des voies biliaires, qui est surtout bien appréciable pour la vésicule. Ce réservoir qui, dans des cas rares, atteint un volume tel qu'il remplit la plus grande partie de l'abdomen, est souvent de la grosseur d'un œuf ou du poing. Dans cet état, la vésicule peut être sentie à travers les parois de l'abdomen au-dessous des fausses côtes où elle forme une tumeur molle et fluctuante ; tumeur qui suit les mouve-

ments du diaphragme et dans laquelle la palpation, la percussion et l'auscultation permettent quelquefois de constater le bruit de *collision* dû à la présence de calculs biliaires. Quand la rétention de la bile est absolue on observe quelquefois des accidents convulsifs et comateux, dus à la rétention dans le sang des principes excrémentitiels destinés à être éliminés par le foie.

Inflammation, ulcération et perforation des voies biliaires, péritonite. — La rétention de la bile, d'autres fois la présence seule des calculs détermine une inflammation des voies biliaires et à la suite l'ulcération et la perforation de ces voies. Quand l'inflammation marche lentement, des adhérences s'établissent entre la partie ulcérée et la partie voisine ; et la vésicule, par exemple, peut s'ouvrir dans l'intestin, dans les calices du rein, ou déterminer un abcès qui s'ouvre à l'extérieur ; mais, quand ces adhérences ne se forment pas, ou quand elles sont peu solides et incomplètes, la perforation détermine une communication entre les voies biliaires et la cavité péritonéale et une péritonite suraiguë et sans espoir. Il existe malheureusement trop d'exemples de cette fâcheuse terminaison. D'autres fois la péritonite se produit sans perforation, et par la seule propagation de l'inflammation.

Traitement. — *Calcarea carbonica*, *hepar sulfuris*, *lachesis*, *silicea*, *sulfur*, sont indiqués par les auteurs pour détruire les calculs biliaires ; mais ni la matière médicale, ni la clinique ne permettent d'accorder une grande confiance à ces différents médicaments, ou de préciser l'indication de chacun d'eux.

En dehors des médicaments homœopathiques, les eaux de Carlsbad, celles de Pougues et celles de Vichy sont les plus indiquées.

Traitement de la colique hépatique. — *Belladona* convient à la douleur excessive qui force à se plier en deux, douleur accompagnée de ballonnement considérable et de vomissement. Ce médicament m'a souvent réussi à la 3e dilution, une cuillerée toutes les demi-heures ou toutes les trois heures suivant l'intensité des douleurs.

Chamomilla est indiquée aussi par des douleurs excessives et quelquefois on se trouve bien de l'alterner avec *belladona*. Il est indiqué par une angoisse allant jusqu'à la jactitation ; il correspond à l'ictère.

Digitalis est le médicament principal quand il y a douleur violente avec sensation comme si la vie allait s'éteindre ; état lipothymique. Ce médicament est encore indiqué par l'ictère. Hartmann en a retiré de bons effets ; mêmes doses que pour *belladona*.

Arsenicum est aussi le médicament de la colique hépatique avec syncope. « Le malade est sans connaissance, sa face est d'une pâleur mortelle et recouverte d'une sueur froide ; syncope, efforts de vomissements qui restent infructueux. » Hartmann a fait disparaître cet état si grave par une seule dose d'arsenic ; il n'indique par la dilution. Ce médicament m'a souvent réussi.

Il est aussi indiqué au début quand il y a douleur brûlante, vomissements fréquents, grande faiblesse, expression de douleur sur la figure.

Bryonia 3e, puis 2e, puis 1re m'a donné de bons résultats : coliques hépatiques avec aggravation des douleurs par le moindre mouvement.

Nux vomica comme prophylaxie chez les malades sujets à des accès fréquents de coliques hépatiques. On le donne pendant quatre jours, tous les quinze jours, puis tous les mois. C'est à la 12e dilution qu'il m'a réussi.

Lachesis 3e et 6e m'a été utile dans des cas de coliques hépatiques d'une durée de plusieurs jours accompagnées d'un mouvement fébrile rémittent avec des signes d'*hépatite*.

Vipera torva (3e dil.) m'a réussi dans un cas d'hépatite avec gonflement très-notable du foie.

Le Dr Emery (de Lyon) recommande *ricinus* 3e dilution contre la colique hépatique. Depuis plusieurs années j'ai souvent employé ce médicament et toujours avec succès.

Régime. — On ignore quels sont les aliments qui favorisent la formation des calculs biliaires (Valleix). Nous ne saurions donc prescrire un régime dans cette maladie. Trousseau con-

seille un régime à la fois animal et végétal, mais plus particulièrement l'usage des végétaux herbacés. Il veut qu'on évite la graisse, l'huile et le beurre.

Traitement de l'hépatite. — *Lachesis*, *vipera*, *solubilis*, *china*, sont les principaux médicaments. Nous reviendrons sur ce traitement à propos de l'*abcès du foie.*

Traitement de rétention de la bile et dilatation des voies biliaires. — Il n'y a pas d'autres traitements pharmaceutiques que celui dirigé contre les calculs biliaires ; mais la dilatation excessive de la vésicule demande quelquefois un traitement chirurgical. Des adhérences étant préalablement établies à l'aide du procédé Récamier, ou Bégin, ou même à l'aide de l'acupuncture de Trousseau, on pénètre dans la tumeur par une large incision ; habituellement elle contient un liquide visqueux incolore, avec un nombre de calculs plus ou moins considérable. Cette opération a quelquefois amené la guérison radicale de la maladie.

Traitement des abcès de la vésicule. — Le traitement est le même que pour la dilatation de la vésicule.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit ailleurs du traitement des perforations et de la péritonite.

CHAPITRE VII

ICTÈRE

L'ictère est caractérisé par la coloration jaune de la peau et des sclérotiques, et par la présence de la matière colorante de la bile dans les urines. Ces symptômes sont dus au passage d'une partie des éléments de la bile dans le sang.

L'ictère est un symptôme commun à l'occlusion des voies biliaires, aux abcès et aux tumeurs du foie ; mais, très-fréquemment, il constitue une maladie essentielle, qui se présente à l'étude sous trois formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, et la *forme maligne*.

1. FORME COMMUNE. — Le prodrome le plus habituel est *l'anorexie*; anorexie qui précède l'apparition de l'ictère pendant plusieurs semaines. Quelquefois on observe du malaise, des frissons, de la courbature, et un mouvement fébrile, peu intense, mais cependant bien caractérisé au début de la maladie. On doit noter, comme un prodrome fort important, la présence de la matière colorante de la bile dans l'urine plusieurs jours avant l'apparition de la coloration jaune de la peau et des conjonctives. D'autres fois, au contraire, l'ictère débute brusquement après une violente colère ou une grande frayeur, et quelques heures suffisent pour que la coloration caractéristique ait envahi la face et la plus grande partie de la peau.

Que le début ait été brusque ou précédé de prodromes, la maladie se trouve constituée par la coloration jaune de la peau et des conjonctives; une douleur dans l'hypochondre droit ou à l'épigastre; une anorexie complète; habituellement de la constipation, quelquefois de la diarrhée; le ralentissement du pouls. Elle persiste en cet état pendant deux et trois septénaires, sans présenter de diminution; elle se prolonge quelquefois plus longtemps, surtout quand elle est mal traitée.

La coloration de la peau est d'un jaune plus ou moins foncé; elle débute d'abord à la face, vers les ailes du nez et le tour de la bouche; elle gagne ensuite la poitrine et les bras, le cou et l'abdomen; enfin, les avant-bras et les membres inférieurs. Aux mains, la jaunisse apparaît sous les ongles. La jaunisse augmente chaque jour, et acquiert une coloration plus ou moins foncée. Les muqueuses sont aussi le siége de l'ictère; la conjonctive et le voile du palais sont les deux siéges principaux de la coloration morbide. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a jamais ictère véritable sans coloration jaune des *sclérotiques*. Les *urines* présentent une coloration rouge foncé; et, par l'addition de l'acide nitrique, on détermine une coloration vert foncé, due à la précipitation de la matière colorante de la bile, coloration qui devient ensuite de couleur pourpre par l'altération de cette matière colorante. La constipation est habituelle dans l'ictère; les matières sont blanches, décolorées. Quand il y a de la diar-

rhée, les matières sont quelquefois colorées, quelquefois décolorées.

Le *pouls* est habituellement ralenti; mais quelques malades présentent, au début, un petit mouvement fébrile de peu de durée et de peu d'intensité.

On observe encore du *prurit* à la peau; quelquefois des vomissements. Les vomissements sont alimentaires ou composés d'un mucus filant et blanchâtre, quelquefois ils sont bilieux; mais on constate toujours une *anorexie* et une impossibilité de digérer, qui persiste autant que la maladie.

La guérison s'annonce par le retour de l'appétit et des digestions; elle peut être considérée comme complète, quoique la coloration jaune des téguments persiste encore quelques jours. La coloration des urines par la bile précède habituellement de quelques jours la coloration de la peau, et peut faire prévoir l'ictère. Comme aussi elle disparaît avant que la peau ait repris sa coloration normale.

II. Forme bénigne. — Caractérisée par la coloration de la peau, des sclérotiques et des urines. Cette forme s'accompagne d'une anorexie bien moindre et dure au plus un septénaire.

III. Forme maligne. — Cette forme est caractérisée par l'apparition d'hémorrhagies multiples et de symptômes cérébraux extrêmement graves; et, le plus souvent, par la destruction des *cellules hépatiques* (atrophie aiguë du foie). Nous disons le *plus souvent* parce que cette lésion n'est pas constante. Trousseau affirme qu'elle manque quelquefois et Charcot enseigne positivement que l'atrophie jaune aiguë du foie n'est pas une lésion constante de l'ictère malin. Elle présente deux variétés : la première, plus longue, est composée de deux périodes distinctes; la seconde, extrêmement rapide dans sa marche, ne présente qu'une période.

Variété à deux périodes. — 1re *période*. — D'une durée de un à trois septénaires, cette période est caractérisée par des symptômes très-vagues : malaises, anorexie, courbature, douleurs articulaires et surtout une faiblesse qui va croissant; puis

l'ictère se manifeste, et tous les symptômes graves se déroulent alors très-rapidement et ont une durée qui n'excède jamais un septénaire.

2° *période*. — En même temps que l'ictère, apparaissent des hémorrhagies et une douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. La prostration est considérable, l'indifférence complète; le pouls habituellement ralenti, la peau froide. Les hémorrhagies se multiplient rapidement : hématémèses, hématurie, mélæna, métrorrhagies, purpura, ecchymoses, mais principalement épistaxis. La faiblesse va croissant; souvent le pouls devient fréquent; un délire agité ou tranquille, la somnolence, le coma, des soubresauts des tendons, de vraies convulsions éclamptiformes, viennent terminer la maladie. La percussion permet souvent de constater une diminution considérable dans le volume du foie; ce signe est un élément important dans le diagnostic et dans le pronostic.

Variété foudroyante. — Cette variété offre pour caractère une rapidité telle dans la succession des symptômes, que souvent la mort arrive en deux ou trois jours. Habituellement l'ictère et les hémorrhagies se montrent simultanément; un mouvement fébrile, plus marqué que dans la variété précédente, les accompagne; puis, après quarante-huit heures, trois jours au plus, apparaissent le délire, le coma et les autres symptômes que nous avons décrits.

Néanmoins, il existe des cas où l'ictère fait défaut dans les premiers jours, et alors le diagnostic est fort incertain. Des symptômes cérébraux bizarres, un mouvement fébrile, une gravité non douteuse, puis, après deux ou trois jours, l'ictère et les hémorrhagies, complètent alors la physionomie de la maladie. L'examen de l'urine, au début des accidents, lève souvent tous les doutes.

Anatomie pathologique. — Les micrographes ont décrit un état particulier du foie dans l'ictère malin. La *cellule hépatique* est détruite, et le foie plus ou mois atrophié.

Dans certains cas, le foie n'a pas diminué de volume, parce

que les cellules détruites sont remplacées par une formation abondante de tissu conjonctif.

Trousseau prétend qu'il a vu des ictères malins *sans aucune altération du foie*. Si ce fait se confirme, il faudra considérer la destruction de la cellule comme une des lésions possibles de la maladie, et la mettre sur le même rang que l'hypertrophie de la rate, la dégénérescence du cœur, l'état poisseux du sang et son altération par la *leucine* et la *thyrosine*.

Traitement. — *Forme commune.* — *Nux vomica* et *chamomilla* sont les deux médicaments principaux dans le traitement de la forme commune de l'ictère essentiel. Ces deux médicaments conviennent au symptôme *ictère*. Mais *nux vomica* est indiqué particulièrement par la constipation et l'anorexie. *Chamomilla*, au contraire, convient principalement dans l'ictère avec diarrhée. La dose convenable est la 6e dilution, une cuillerée tous les trois heures. Les médicaments qui seraient indiqués si les deux premiers ne suffisent pas, sont : *china*, *lachesis*, *digitalis*, *vipera torva*, *chelidonium majus* et *ricinus*. *China* convient davantage à l'ictère avec *diarrhée ;* il est plus particulièrement indiqué par une douleur de foie s'aggravant à la pression. Le dégoût pour la viande avec amertume de la bouche, le pyrosis sont encore des signes d'une grande valeur.

Lachesis, ou mieux *vipera*, conviennent à l'ictère avec constipation. La piqûre des serpents détermine souvent l'ictère. Les symptômes différentiels qui pourraient fixer le choix sur ces médicaments sont : un goût sucré ou acide dans la bouche ; une sensibilité excessive de l'épigastre, des douleurs brûlantes ou incisives dans la région du foie.

Digitalis correspond au symptôme *ictère*. Son choix sera déterminé par des vomissements et des diarrhées cholériformes, ou bien empiriquement après l'insuccès des autres médicaments. *Chelidonium majus* et *ricinus* sont préférés à tous les autres médicaments par un certain nombre de médecins. Les doses sont les mêmes que celles indiquées pour *nux vomica* et *chamomilla*. Je rappelle qu'il faut persévérer longtemps dans

l'usage du même médicament, parce que la maladie est longue et marche très-lentement.

Bryonia est indiqué quand les vomissements suivent *immédiatement* la pénétration des aliments dans l'estomac.

Traitement de l'Ictère malin. — A ma connaissance, un seul médicament, jusqu'à ce jour, a donné quelques cas de guérison, c'est *aconitum* (T. m.), 1 gramme dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les deux heures. Ce médicament est du reste indiqué par l'ictère, les hémorrhagies et les congestions multiples qui caractérisent cette maladie.

Phophorus correspond parfaitement à l'ensemble des symptômes. La ressemblance de l'ictère malin avec l'empoisonnement aigu par le phosphore est si considérable que plusieurs fois l'erreur du diagnostic a été commise et par des médecins distingués; il faudra donc prescrire *phosphorus* si aconitum ne réussit pas à enrayer la marche de la maladie.

Lachesis, *arsenicum*, sont encore indiqués dans cette forme de maladie, tant par les symptômes d'ictère que par les hémorrhagies, la prostration, les paralysies, les contractures, le délire, la somnolence et le coma.

DIX-SEPTIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

LIVRE PREMIER

MALADIES ET AFFECTIONS DES FOSSES NASALES

Nous décrirons le *coryza*, l'*épistaxis*, l'*ozène scrofuleux* et *syphilitique*. Nous dirons un mot seulement du traitement médical des *polypes* des fosses nasales.

CHAPITRE PREMIER

CORYZA

Le coryza est caractérisé par l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales et des cavités voisines. Cette inflammation peut ne constituer qu'une affection symptomatique de la scrofule, de la goutte, de la dartre, de la diphthérie ou de la morve. Mais le plus souvent elle constitue une des localisations du *rhume*. Cette dernière maladie, en effet, se localise successivement et quelquefois simultanément dans les bronches, le larynx et les fosses nasales, et dans sa forme la plus bénigne, elle reste quelquefois bornée à une seule localisation, en sorte que le *coryza* comme la *laryngite* ne constituent pas des maladies séparées, mais comme une partie du catarrhe pulmonaire Ceci dit, nous décrirons seulement les symptômes et le traitement du coryza, réservant, pour être traitée à propos du catarrhe pulmonaire, la question d'*étiologie* et celle des *formes*.

Le coryza *débute* par un sentiment de pesanteur dans le front, de sécheresse et de chaleur dans les fosses nasales. Des éter-

nuements plus ou moins fréquents et l'écoulement d'un mucus clair, limpide comme de l'eau, constituent les deux symptômes principaux de la maladie dans sa première période. Lorsque le coryza est intense, les douleurs deviennent extrêmement vives, et, chez les personnes très-impressionnables, elle atteignent quelquefois un degré excessif; elles siégent principalement dans le front, au niveau des sinus frontaux et dans les joues, où elles correspondent à l'inflammation des sinus maxillaires; elles s'exaspèrent et s'irradient à la façon des névralgies. L'inflammation s'étend plus ou moins à la conjonctive et détermine de la photophobie, mais surtout du larmoiement. Le liquide séreux qui s'écoule des fosses nasales est plus ou moins abondant ; il s'arrête quelquefois quand le malade est au chaud. Le *coryza* est alors *sec ;* les narines sont enchifrenées, et cet état est quelquefois plus pénible que celui de *coryza fluent.* Le flux nasal est souvent très-âcre ; il rougit et même excorie la lèvre supérieure.

Pendant cette période, la voix est nasonnée et la respiration plus ou moins interrompue. Chez l'*enfant nouveau-né*, cette obstruction des fosses nasales a les plus graves inconvénients. L'enfant ne peut respirer que par la bouche, et lorsqu'il veut téter, il est pris de suffocation ; l'alimentation devient très-difficile et les auteurs parlent d'enfants morts de faim pendant un rhume de cerveau ; nous n'avons jamais vu une terminaison aussi funeste. Après quelques jours de cette période, la résolution commence, les éternuements cessent ; la céphalalgie diminue, le liquide secrété devient de plus en plus épais, et sa couleur est jaune ou verte ; l'odorat se perd quelquefois complètement. Cette période peut se prolonger très-longtemps, surtout chez les scrofuleux.

Nous dirons un mot du coryza symptomatique de la *goutte* et de la *scrofule.*

Coryza goutteux. — Il est constitué par des accès d'éternuements excessivement répétés et un écoulement séreux très-abondant. Les malades éternuent 50 fois, 100 fois de suite ; le liquide séreux s'écoule aussi abondamment que le sang dans

l'épistaxis. Ces accès débutent et finissent brusquement. Chez certains malades ils se répètent souvent. Je n'ai jamais observé ce coryza que chez les *goutteux* et chez les *hémorrhoïdaires*. Ce qu'on appelle la *fièvre des foins*, n'est autre chose qu'une variété de coryza goutteux ou hémorrhoïdaire survenant plus particulièrement au printemps et acquérant une intensité excessive. Le nez et les yeux sont gonflés outre mesure. Les éternuements, les écoulements d'eau et le larmoiement atteignent le plus haut point. Ces différents symptômes s'accompagnent d'une céphalalgie violente, de courbature, de petits frissons et d'un véritable mouvement fébrile à types rémittents.

Coryza scrofuleux. — C'est une affection presque constante dans la scrofule. Il affecte une marche chronique ; la douleur est nulle ou presque nulle ; l'écoulement plus ou moins abondant est toujours épais et coloré ; la voix est nasonnée, elle ne peut être soutenue longtemps et devient facilement criarde. Quand cette affection s'est prolongée avec des alternatives de mieux et de plus mal, la membrane pituitaire s'épaissit et s'ulcère, les mucosités prennent une odeur désagréable et sont souvent mélangées de sang ; l'odorat devient très-obtus ou se supprime même tout à fait.

Traitement. — Au début du coryza le médicament le plus généralement indiqué est *nux vomica*. Je l'administre à la dose de quelques gouttes de la 3e dilution, une cuillerée toutes les heures, et souvent il m'est arrivé d'arrêter la maladie en vingt-quatre heures.

Le *médicament* qui m'a le plus souvent réussi après *nux vomica* est *mercurius solubilis*, administré de la même manière.

Les signes qui feront préférer *mercurius* à *nux vomica* sont la rougeur et l'excoriation de la lèvre supérieure et de l'ouverture des narines, un écoulement plus continu : *nux vomica* convient davantage quand il y a alternance de coryza sec et de coryza humide.

Chamomilla m'a rendu de grands services dans les cas de douleurs insupportables, dans le front et dans les joues.

On indique encore *lachesis*, *hepar sulfuris*, *arsenicum* et *euphrasia*, quand la conjonctive est très-malade.

Arsenicum 3e trituration est un médicament héroïque dans le traitement du coryza aigu très-intense, surtout si l'écoulement est brûlant et corrosif.

Richard Hughes indique encore *Allium cepa* qui paraît avoir souvent guéri le *cozyza fluent.*

Kali hydriodicum est parfaitement homœopathique au coryza et devra être employé.

Sambucus a été donné surtout chez les enfants.

Sarza. — Schreter expérimentant cette drogue vit diminuer chez lui un coryza datant de six mois.

Dans la seconde période de la maladie, *pulsatilla* est le médicament principal ; il est surtout indiqué par la diminution ou la suppression de l'odorat. Chez les scrofuleux et quand l'affection est tout à fait chronique, le traitement devient très-difficile ; les principaux médicaments sont dans ce cas : *calcarea carbonica*, *natrum carbonicum*, *graphites*, *silicea*, *hepar sulfuris* et *sulfur.*

Calcarea, écoulement abondant de matières puriformes, épaisses, qui obturent les fosses nasales ; croûtes et ulcérations des narines : odeur de fumier ou d'œufs pourris, perçue par le malade.

Graphites convient davantage si le coryza s'accompagne de dartres humides ou croûteuses ; il correspond à la sécrétion d'un pus fétide et à l'ulcération des narines.

Natrum carbonicum, formation de mucosités puriformes, dures et épaisses, très-fétides, qui obturent les narines ; ulcérations situées très-haut dans les fosses nasales ; c'est un médicament de l'ozène.

Sulfur produit, comme *calcarea*, des odeurs d'œufs pourris ou de corne brûlée perçues par le malade, et des écoulements épais et fétides ; et en plus la sensation de crépitations dans le nez.

Silicea et *hepar sulfuris* sont dans bien des cas les médicaments du coryza chronique ; ils peuvent être alternés.

Dans le coryza goutteux nous nous sommes habituellement bien trouvé de *kali chloricum* à la 6e dilution *Arsenicum* et *nux vomica* dans d'autres cas nous ont semblé préférable.

CHAPITRE II

ÉPISTAXIS

Cette affection constituée par l'hémorrhagie de la membrane muqueuse des fosses nasales, apparaît dans des circonstances bien diverses. Tantôt elle existe indépendamment de toute maladie actuelle, c'est alors l'*épistaxis essentielle;* d'autres fois elle constitue un symptôme commun à des maladies très-nombreuses, dont les principales sont: le *purpura hæmorrhagica*, les *fièvres continues* et *éruptives;* elle constitue quelquefois une variété de *fièvre intermittente;* c'est un symptôme fréquent de l'*insuffisance des valvules aortiques*. L'épistaxis est encore symptomatique de l'*état cachectique;* elle peut remplacer les *règles supprimées*. Enfin l'*hémorrhagie nasale* est un phénomène *critique* extrêmement fréquent dans les fièvres et dans les phlegmasies.

Epistaxis essentielle. — Il sera peut-être démontré un jour que l'épistaxis est toujours liée à la maladie hémorrhoïdaire, soit comme affection concomitante, soit comme affection antécédente. Mais affection ou maladie, l'épistaxis dont nous traitons devait avant tout être nettement séparée de l'épistaxis symptomatique accidentelle, et de l'épistaxis critique.

L'épistaxis présente des degrés très-nombreux et peut être divisée en plusieurs variétés, d'après l'abondance de l'écoulement sanguin.

Etiologie. — Cette maladie est surtout fréquente pendant la seconde enfance et au commencement de l'âge adulte; vers 40 ans, elle est souvent remplacée par un flux hémorrhoïdaire. Les personnes sujettes à l'épistaxis présentent en général une peau fine et très-vasculaire; les femmes ont en même temps des règles très-abondantes. Le printemps et l'été sont les deux saisons pendant lesquelles la maladie sévit le plus fréquemment.

Les émotions morales, les pleurs, l'insolation, un travail

intellectuel assidu, des boissons alcooliques, les coups sur le nez, sont les *causes occasionnelles* les plus fréquentes.

Description. — L'épistaxis est souvent annoncée par de la céphalalgie, de la chaleur et de la rougeur à la face, un chatouillement dans les fosses nasales, et, si l'hémorrhagie doit être abondante, un pouls grand et dicrote ; le sang coule habituellement d'une seule narine, par gouttes précipitées ou par jet continu ; habituellement l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même, pour reprendre après quelques minutes. Le plus souvent elle se termine complétement, après avoir fait perdre au malade de 100 à 120 gr. de sang. Alors la céphalalgie et la chaleur de la tête cessent, et les malades se trouvent tout à fait bien.

Mais, dans quelques cas, les hémorrhagies se succèdent à de très-courts intervalles pendant douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, et amènent une perte de sang considérable : d'où pâleur, faiblesse du pouls, état lipothymique et syncope. La mort surviendrait si l'art n'intervenait point en temps opportun.

Quand les malades sont couchés, le sang s'écoule par l'ouverture des fosses nasales et est ensuite rejeté par la bouche.

Si l'épistaxis survient pendant le sommeil, le sang peut être avalé, et il est ensuite rendu par le vomissement et simule l'*hématémèse*. Le même phénomène se produit chez les enfants qui avalent le sang, au lieu de le cracher. La maladie procède par attaques revenant habituellement plusieurs fois par an, et chaque attaque se compose de plusieurs accès.

Traitement. — Il se divise en traitement de la disposition au saignement du nez et traitement de l'accès.

Nux vomica est le médicament qui est le plus souvent indiqué contre la disposition au saignement du nez ; il réussit presque à coup sûr si l'épistaxis est précédée de céphalalgie avec sentiment de chaleur à la tête, si elle survient habituellement la nuit. Si *nux vomica* ne suffisait pas, il faudrait administrer *sulfur* ou *calcarea*. Ce dernier convient principalement quand les hémorrhagies sont extrêmement abondantes.

Lachesis est plus particulièrement indiqué chez la femme et

pendant la ménopause; avant cet âge il convient encore quand l'épistaxis survient quelques jours avant les règles. *Hamamelis* de la 1re à la 3e dilution est très-indiqué par une hémorrhagie abondante.

Pendant l'accès, *aconitum*, *arnica*, *crocus*, *moschus*, *phosphorus*, *china*, *pulsatilla*, *ferrum perchloricum*, sont principalement indiqués.

Crocus convient contre les hémorrhagies violentes. Le caractère des hémorrhagies du *crocus* est de fournir un sang noir et visqueux.

Moschus aurait, d'après Hartmann, fait cesser en quelques minutes des hémorrhagies les plus violentes, accompagnées d'un état lipothymique.

Phosphorus m'a réussi dans un cas d'épistaxis qui durait depuis plusieurs heures avec violence chez un homme atteint d'une affection du cœur.

China est indiqué aussi contre les hémorrhagies opiniâtres.

Pulsatilla, quand l'hémorrhagie est liée à un retard des règles.

Arnica pour l'hémorrhagie traumatique.

Ferrum perchloricum est un bon moyen dans les hémorrhagies; il m'a souvent réussi à la 3e dilution en gouttes; il n'y aurait aucun inconvénient à prescrire quelques gouttes de la teinture mère.

Quand les hémorrhagies se répètent fréquemment et sont fort abondantes, il ne faut pas hésiter à seconder l'action des médicaments par des moyens extérieurs: les principaux son l'élévation du bras du côté où se fait l'épistaxis; la compressiont de la narine; l'action vive et subite du froid, soit sous forme d'affusion, soit appliqué sur le front, sur le scrotum, sur les mamelles et dans le dos; la vaporisation de l'éther appliqué sur le front a réussi dans un cas très-rebelle. La compression de la carotide primitive du côté malade est un moyen fort efficace.

Mentionnons enfin l'aspiration d'une eau mélangée de perchlorure par parties égales; l'application de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure dans les mêmes proportions c

le tamponnement. Ce dernier moyen, qui est une ressource si précieuse dans les cas graves, se pratique de la manière suivante : on fait suivre à la *sonde de Belloc* le plancher des fosses nasales ; quand l'instrument est arrivé derrière le voile du palais, on lâche le ressort qui porte dans la bouche le bouton terminal de cet instrument ; on introduit dans le chas de ce bouton un fil double assez long et très-fort comprenant dans son anse un tampon de charpie suffisamment volumineux pour oblitérer l'ouverture postérieure des fosses nasales. A ce tampon est fixé un fil simple destiné à empêcher sa chute dans l'arrière-gorge lorsqu'on voudra enlever l'appareil. Le tampon de charpie est porté derrière le voile du palais et fixé fortement dans l'ouverture postérieure des fosses nasales à l'aide du fil double qui a été entraîné par la sonde de Belloc à travers les fosses nasales ; puis des bourdonnets de charpie sont placés dans l'écartement des deux fils et fixés à l'ouverture extérieure des fosses nasales, et le fil double noué solidement sur ce tampon extérieur. Les fosses nasales se trouvent complétement fermées par ce procédé. Quand on veut enlever cet appareil, on coupe le fil qui retient le tampon antérieur et on retire le tampon postérieur à l'aide du fil simple resté dans la bouche.

CHAPITRE III

OZÈNE

On donne ce nom à des affections très-diverses, mais qui ont pour caractère commun l'exhalation d'une puanteur insupportable par les fosses nasales. Cette odeur infecte peut exister indépendamment de toute ulcération de la membrane muqueuse et sans le moindre coryza ; c'est l'*ozène* proprement dit, que nous appellerions *essentiel* s'il n'était pas toujours symptomatique de la scrofule. D'autres fois l'odeur fétide qui s'exhale des fosses nasales est liée à une carie syphilitique ou scrofuleuse, à des ulcérations de la membrane muqueuse, à une inflamma-

tion chronique de l'un des sinus maxillaires, et même chez quelques personnes à un simple coryza chronique.

Ozène proprement dit ou *punaisie*. — Cette affection si odieuse ne débute guère qu'après la première dentition, pour prendre son plus haut degré de développement à la puberté et diminuer ensuite, sans jamais disparaître pendant la vieillesse.

On a dit que les personnes qui avaient le nez déprimé vers sa racine et les fosses nasales étroites étaient plus exposées à la *punaisie;* cela n'est pas exact. Seulement l'écrasement du nez se rencontre fréquemment dans la scrofule et dans la syphilis; maladies qui produisent souvent l'ozène.

Cette affection est caractérisée par une puanteur exécrable, qui a quelque chose de fade et soulève le cœur; cette odeur est toute spéciale et diffère de la fétidité des autres ozènes; quand on l'a sentie une fois on la reconnaît facilement. Les malheureux malades sont les seuls qui ne la sentent pas, car ils sont en même temps privés de l'odorat et de cette portion du goût qui y est attaché. Cette affection existe sans lésion et est tout à fait comparable à la fétidité qui s'exhale des pieds chez certaines personnes. L'odeur augmente toujours au moment des règles. L'ozène proprement dit est extrêmement rebelle, il n'a aucune tendance à la guérison et persiste souvent pendant toute la vie du malade.

Ozène lié à un coryza ulcéreux. — Cette affection ne se développe que chez les scrofuleux et peut-être chez les dartreux. Indépendamment de la puanteur de l'ozène, on note encore l'excrétion de mucosités verdâtres, épaisses, roulées en gros bouchons, striées de sang; la formation de croûtes noirâtres et épaisses. L'examen des fosses nasales permet de constater la rougeur de la membrane muqueuse et la présence d'ulcérations. Quand ces ulcérations sont très-élevées, la vue ne peut pas les atteindre, mais alors on peut constater leur existence en promenant dans les fosses nasales un stylet mousse et recourbé, qui glisse facilement sur la membrane muqueuse saine et bute sur les surfaces ulcérées.

Dans un degré plus avancé, cette affection peut se compli-

quer de la carie et de la destruction du squelette des fosses nasales.

Ozène syphilitique. — Il est toujours lié à la nécrose des os du nez. Les os propres du nez, les apophyses montantes des maxillaires, le vomer, les cornets et même l'ethmoïde peuvent être le siége de cette nécrose. On comprend toute la gravité d'une semblable affection, qui ne peut se guérir que par l'expulsion d'un séquestre; on a vu l'élimination d'une partie de l'ethmoïde être suivie d'accidents cérébraux mortels en quelques heures. L'odeur exhalée par les malades n'est pas aussi fétide que celle due à l'ozène proprement dit.

Ozène du sinus maxillaire. — Il se reconnaît à trois caractères : la persistance de l'odorat chez le malade ; l'intermittence de la puanteur et l'écoulement abondant de mucosités purulentes lorsque le malade incline la tête de manière à vider le sinus.

Traitement. de l'*ozène proprement dit.* — Je ne connais aucune observation de guérison durable de l'ozène véritable par la méthode homœopathique. Lorsque l'ozène est lié à un écoulement de mucosité puriforme, *pulsatilla, aurum, sepia, phosphorus, silicea* et *kali chloricum* ont donné des guérisons durables.

Dans l'*ozène* syphilitique *aurum, iodium* et *mercurius* ont donné des succès.

Phosphorus est le médicament indiqué contre l'*ozène* sans écoulement; il correspond à la sécheresse des fosses nasales, avec odeur extrêmement fétide et absence de l'odorat.

Pulsatilla est le médicament par excellence pour l'ozène avec sécrétion d'un mucus puriforme, *asa fœtida* et *silicea* sont deux analogues.

Kali chloricum m'a donné des améliorations considérables.

Aurum et *mercurius* et aussi *silicea* conviennent quand il y a carie des os du nez; enfin il faut se reporter au traitement du coryza chronique pour le complément du traitement de l'ozène. Je conseille encore d'essayer les injections avec une solution de *corrosivus* 1re dilution, de 20 à 40 gouttes pour 300 grammes

d'eau distillée. Les succès obtenus par l'usage extérieur du sublimé, les symptômes produits par le mercure sont des raisons suffisantes pour essayer ce moyen.

On masque et on pallie la puanteur de l'ozène avec des injections d'eau contenant un millième d'acide phénique. Les injections à jet continu de plusieurs litres d'eau ont amené une grande amélioration dans les cas où elles ont été employées. Les injections peuvent être faites à l'aide d'un irrigateur ; la canule est garnie de manière à remplir exactement la narine par laquelle on l'introduit ; le courant s'établit alors d'une narine à l'autre, c'est-à-dire que l'eau qui entre par la narine droite, par exemple, ressort par la narine gauche. Si le malade sent que le liquide tend à tomber dans la gorge il doit faire de mouvements de déglutition qui relèvent le voile du palais et favorisent le passage du liquide d'une narine dans l'autre.

CHAPITRE IV

POLYPES DES FOSSES NASALES

Il n'entre point dans notre cadre de décrire les polypes des fosses nasales et les opérations chirurgicales que réclament souvent ces affections ; seulement nous voulons indiquer sommairement les médicaments qui ont produit quelques guérisons dans ces cas difficiles : *Calcarea*, *phosphorus*, *staphysagria*, *teucrium-mare*, *sepia* et *silicea* ont été indiqués par les auteurs.

Calcarea carbonica est le médicament qui compte le plus de succès. Il a été administré en globules à la 18ᵉ et à la 30ᵉ dilution ; en général une dose par jour, pendant quatre jours, suivie d'un long repos ; *phosphorus* a été prescrit à la 4ᵉ et à la 18ᵉ en gouttes, pendant dix jours de suite. *Sulfur* compte aussi des guérisons de polypes.

LIVRE II

MALADIES ET AFFECTIONS DU LARYNX

Nous décrirons dans ce livre la *laryngite*; les *localisations scrofuleuses*, qui comprennent la *phthisie laryngée* et la *nécrose des cartilages*; les *localisations syphilitiques* et *cancéreuses*; l'*œdème de la glotte*; les *névroses du larynx*, qui comprennent le *spasme de la glotte* et l'*aphonie*.

Le *croup* a été décrit avec la *diphthérie*.

CHAPITRE PREMIER

LARYNGITE

Cette affection est, le plus souvent, liée comme symptôme à une *fièvre continue* ou *éruptive*, ou bien elle constitue, comme le coryza, une simple localisation du *rhume* ou *catarrhe pulmonaire*. Mais, dans quelques cas, la laryngite reste entièrement localisée sur le larynx, et, bien qu'étant en résumé de même nature que le rhume, elle constitue une affection tellement limitée, qu'elle mérite d'être décrite comme une maladie essentielle.

La laryngite présente trois formes : la *forme commune*, la *forme grave*, et la *forme spasmodique*, généralement connue sous les noms de *faux-croup*, *laryngite striduleuse*.

I. La FORME COMMUNE débute par un sentiment de chatouillement, accompagné de chaleur dans le larynx. Cette sensation est bientôt remplacée par une douleur cuisante et constrictive, qui augmente surtout par la parole et par la toux, mais aussi par l'acte de la déglutition. A cette douleur viennent se joindre la toux et la raucité de la voix. La raucité de la voix atteint un degré variable, et arrive rarement à l'aphonie complète. La

toux est fréquente, douloureuse, sèche, et revêt un timbre en rapport avec celui de la voix ; il n'y a ni dyspnée, ni sifflement ; la fièvre est nulle dans les cas les plus bénins ; jamais elle ne devient bien intense.

Le plus souvent, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, la laryngite se propage aux bronches et aux fosses nasales pour constituer le catarrhe pulmonaire ; mais, quand la maladie reste limitée au larynx, elle entre en voie de résolution du 4e au 7e jour. La fièvre tombe, la raucité de la voix diminue ; la toux devient grasse, l'expectoration s'établit, et au bout de quelques jours il ne reste plus rien de cette petite maladie. Cependant, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, et surtout par l'action de dispositions diathésiques, *hémorrhoïdaires* ou *dartreuses*, l'inflammation de la membrane muqueuse se perpétue, et la laryngite, prenant l'allure propre aux maladies *chroniques*, vient constituer une affection extrêmement rebelle.

La *laryngite chronique* ne s'accompagne pas de fièvre, et souvent elle est compatible avec une santé florissante ; mais la voix est fortement compromise ; le plus souvent c'est un enrouement qui augmente ou diminue, suivant les influences de la température, suivant aussi le repos ou l'exercice du larynx. Après une fatigue, l'*aphonie* peut devenir complète, persister des mois ou même devenir définitive. La douleur est habituellement nulle ou bien ne se montre que pendant les périodes d'aggravation ; la toux a une fréquence très-variable ; elle est petite, laryngée, quelquefois douloureuse, sèche ; souvent elle entraîne par l'expectoration des crachats muqueux, petits et roulés ; quelquefois ces crachats contiennent des filets de sang.

L'examen laryngoscopique et les autopsies ont démontré qu'à cette période il existait souvent des granulations et des ulcérations qui rendent un compte suffisant de l'aphonie et de la persistance de la maladie.

Cette affection, extrêmement opiniâtre, offre souvent des alternances de bien et de plus mal, coïncidant avec l'apparition ou la disparition d'affections dartreuses ou hémorrhoïdaires.

Laryngite grave. C'est fort heureusement une maladie rare; on l'observe surtout dans la seconde enfance et dans l'âge adulte, quelquefois après un refroidissement considérable, mais le plus souvent sans cause occasionnelle appréciable.

Cette laryngite débute par un mouvement fébrile intense, accompagné de raucité de la voix et de douleur au larynx. Le mouvement fébrile est continu, et aux symptômes de la laryngite, décrits précédemment, viennent se joindre une dyspnée croissante et un sifflement laryngo-trachéal intense. Ce dernier symptôme donne à la maladie une physionomie qui la fait ressembler au croup. Si la laryngite grave doit se terminer par la mort, ce qui est le cas le plus fréquent, la dyspnée augmente, le cou se gonfle, les signes d'asphyxie se montrent : face bouffie et violacée, lèvres bleuâtres, pouls petit et fréquent, tendance au refroidissement. La dyspnée n'est pas toujours au même degré, elle augmente et elle diminue, mais il n'y a pas de véritables accès de suffocation. Ce dernier signe, et le résultat négatif fourni par l'inspection de l'arrière-gorge, sont les deux meilleurs signes pour distinguer la laryngite grave du croup.

Quand le malade doit guérir, la dyspnée et le sifflement laryngo-trachéal diminuent; la fièvre tombe, et quelquefois il se fait une expectoration muqueuse abondante.

II. Forme striduleuse. — Cette forme de laryngite est caractérisée par des accès nocturnes de suffocation ; elle est propre à l'enfance ; elle ne peut se produire indépendamment de certaines conditions anatomiques qui n'existent qu'à cet âge. Chez l'adulte, la glotte se divise en deux parties : la glotte vocale et la glotte respiratoire ; cette dernière est constituée par un espace triangulaire limité par le cartilage arythénoïde et reste constamment ouvert. Cet espace manque dans l'enfance et ne se produit qu'à un certain âge. Or, les suffocations de la laryngite striduleuse ne pouvant se produire qu'avec un larynx qui ne présente pas encore de glotte respiratoire, il est tout simple que la laryngite striduleuse soit si rare après sept ans et tout à fait inconnue dans l'âge adulte. Les *causes occasionnelles* sont les mêmes que celles des autres formes de la laryngite.

Le début de la maladie est caractéristique : l'enfant, après avoir éprouvé dans la journée du coryza, un peu de toux et d'enrouement; d'autres fois, sans avoir rien éprouvé, est réveillé tout à coup, vers le milieu de la nuit, par un accès très-violent de suffocation, accompagné d'une toux rauque, éclatante, d'une inspiration difficile et sifflante. En même temps, la voix est enrouée avec des éclats rauques d'un timbre analogue à ceux de la toux. L'enfant, assis sur son lit, anxieux, haletant, est dans un état qui a une apparence extrêmement grave; la toux est fréquente, le facies animé, la peau chaude, le pouls développé. Cet état violent ne tarde pas à se calmer; la toux devient un peu moins sèche, l'inspiration moins sifflante; et, dans les cas les plus simples, l'enfant se rendort tranquillement; et le lendemain il ne présente plus qu'un peu d'enrouement avec une toux rauque, mais déjà grasse. Dans une variété plus intense, les accès de suffocation se répètent la même nuit, quand l'enfant a dormi quelques heures; la fièvre s'établit avec une grande intensité; le lendemain, la voix et la toux restent rauques, l'inspiration difficile et les accès de suffocation se montrent de nouveau, mais principalement la nuit et pendant le sommeil. Cependant ces accès de suffocations présentent constamment pour caractère de suivre une série décroissante, en sorte que c'est toujours le premier accès qui est le plus violent. Dans les cas intenses, la maladie peut se prolonger trois ou quatre jours, et même un septénaire; seulement elle devient de plus en plus semblable à une laryngite simple.

La laryngite striduleuse peut être le prodrome d'une fièvre éruptive; nous avons observé un cas où elle a précédé une pleurésie bénigne.

Les auteurs rapportent quelques cas suivis de mort pendant l'accès de suffocation.

Les accès violents de suffocation, qui constituent cette forme de la laryngite ont pour conditions : 1° la structure du larynx dans l'enfance; 2° l'accumulation des mucosités sur les cordes vocales pendant le sommeil; 3° un spasme des muscle de la glotte dû à une action réflexe.

Traitement. — *Belladona*, *lachesis*, *phosphorus* et *hepar sulfuris* sont les principaux médicaments de la laryngite aiguë. Tous les quatre correspondent à la douleur du larynx par la parole et par l'attouchement, à la raucité de la voix jusqu'à l'aphonie; à la toux laryngée et au mouvement fébrile. *Belladona* sera indiquée préférablement quand la douleur s'étend à l'isthme du gosier et aux oreilles; qu'elle se manifeste pendant la déglutition; et qu'elle est excitée au plus haut point par la pression extérieure qui détermine une suffocation. *Lachesis* ressemble beaucoup à *belladona*, et je ne trouve pour les différencier que la sensation toute subjective de *quelque chose* dans la gorge qui empêche de parler et qui ne peut se détacher.

Phosphorus est indiqué par l'extrême douleur du larynx, en parlant même à voix basse; par la douleur de déchirure pendant la toux ; par la douleur même en respirant.

Hepar sulfuris présente des symptômes tout à fait analogues à ceux de *phosphorus*, il convient mieux quand la maladie est devenue chronique.

Bromum correspond aux symptômes et aux lésions de la laryngite. Il est plus spécialement indiqué par une sensation d'excoriation qui coïncide quelquefois avec un sentiment de froid pendant l'inspiration. La toux spamodique avec accès de suffocation l'indique dans la *laryngite striduleuse*.

Dans la *forme grave*, au début, quand la fièvre est intense, *aconitum* est le meilleur médicament.

La *laryngite striduleuse* demande principalement: *sambucus*, *arsenicum*, *cuprum* et *ipecà*.

Sambucus est indiqué par les accès de suffocation au réveil, avec grande angoisse; tremblement de tout le corps; face bleuâtre ; râle laryngo-trachéal; toux rauque.

Arsenicum convient dans le cas qui se prolonge plusieurs jours, tandis que *sambucus*, *ipeca* sont plutôt indiqués pendant l'accès. Le Dr Teste conseille d'alterner *coralia rubrà* (30) et *opium* 3e. Cuprum est indiqué par Richard Hughes. Le vomissement provoqué fait habituellement disparaître tous les acci-

dents. Une éponge imbibée d'eau très-chaude et maintenue sur le larynx produit un grand soulagement. Enfin, il y a des cas excessivement rares qui ont nécessité la trachéotomie.

CHAPITRE II

ŒDÈME DE LA GLOTTE

C'est une affection caractérisée par l'infiltration des replis arythéno-épiglottiques et de l'épiglotte. La dénomination d'œdème de la glotte consacre donc une erreur anatomique, puisque ce n'est pas la glotte, mais bien l'ouverture supérieure du larynx, qui est le siége de cette affection.

L'œdème de la glotte peut survenir brusquement sans maladies antérieures ou concomitantes, elle constitue alors une maladie essentielle. Mais ce cas est extrêmement rare, et peut-être qu'une observation plus attentive permettra de rattacher un jour les œdèmes de la glotte, en apparence essentiels, à l'une des catégories suivantes :

L'œdème de la glotte survient principalement comme épiphénomène grave dans le cours de la *phthisie laryngée* scrofuleuse ou syphilique ; dans le cours des *abcès du pharynx*, quand ces abcès avoisinent l'épiglotte ; dans *l'érysipèle* propagé à la muqueuse pharyngée ; dans *l'angine ulcéreuse* de la variole et de la fièvre typhoïde. L'œdème de la glotte est encore un accident de toutes les maladies dans lesquelles l'albuminurie se produit. Enfin c'est l'accident qui rend si graves les *brûlures* du fond de la gorge, déterminées chez les jeunes enfants par l'aspiration de thé bouillant, à travers le bec de la théière.

Le tissu cellulaire sous-muqueux des replis arythéno-épiglottiques et de l'épiglotte est comparable, par sa laxité, à celui des paupières ; on comprend donc qu'une inflammation située dans ces régions puisse s'accompagner d'une tuméfaction considérable. On comprend aussi que l'œdème symptomatique de l'albuminurie puisse se localiser sur l'ouverture supérieure du

larynx. J'ai observé un cas d'œdème de la glotte, comme symptôme persistant de la maladie de Bright. L'ouverture supérieure du larynx, ainsi tuméfié, constitue un obstacle au passage de l'air, principalement pendant l'inspiration, parce qu'à ce moment la colonne d'air précipite les bourrelets œdématiés vers l'ouverture de la glotte, les rapproche et ferme plus ou moins complètement l'entrée du larynx. L'expiration, au contraire, repousse et éloigne les bourrelets, aussi est-elle comparativement très-facile.

Les symptômes communs aux œdèmes de la glotte sont : une dyspnée avec inspiration difficile et sifflante et une expiration facile ; une tuméfaction de l'épiglotte perceptible au toucher.

La dyspnée va croissant, s'accompagne d'accès de suffocation et d'une grande anxiété ; puis, si l'art ou la nature n'amène pas une rémission rapide, les signes de l'asphyxie apparaissent ; les malades tombent dans le collapsus et succombent rapidement. Il est très-rare que cette terminaison se produise dans le cours du premier accès, quand l'œdème est symptomatique d'une affection chronique ; mais la mort peut être beaucoup plus rapide quand l'œdème de la glotte survient après la brûlure du fond de la gorge, après la piqûre d'une guêpe et dans le cours des affections aiguës et inflammatoires de l'arrière-gorge et du larynx.

Quant à l'œdème de la glotte essentiel, il survient à la suite d'un refroidissement et d'excès alcooliques ; il s'accompagne des symptômes d'une laryngite violente, mêlés à ceux de l'œdème de l'épiglotte et des replis épiglottiques. Sa durée est courte, sa gravité est extrême.

Traitement. — Nous ne nous occuperons que du traitement de l'affection locale, renvoyant à l'histoire de la syphilis, de la scrofule et de l'albuminurie pour le traitement de la maladie dont l'œdème de la glotte n'est qu'un accident.

Les principaux médicaments sont : *belladone*, *apis*, *lachesis*, *arsenicum* et *mercurius*. *Belladona* convient quand il y a des symptômes d'angine. Les quatre autres médicaments conviennent pour

la dyspnée laryngée, avec sifflement laryngo-trachéal et grand effort des muscles inspirateurs, aggravation de la dyspnée dans la position couchée. Ce dernier symptôme est propre à l'œdème de la glotte. *Apis* a surtout été prescrit, parce que la piqûre de l'abeille a quelquefois produit un œdème de la glotte, et aussi parce que la clinique a démontré son efficacité dans les inflammations accompagnées d'un gonflement œdémateux considérable. Il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie quand l'asphyxie devient éminente.

CHAPITRE III

SCROFULE DU LARYNX

PHTHISIE LARYNGÉE

L'affection scrofuleuse du larynx présente plusieurs variétés. La première est constituée par l'ulcération tuberculeuse de la membrane muqueuse du larynx ; la deuxième par la tuberculisation primitive des cartilages.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA MUQUEUSE LARYNGÉE, PHTHISIE LARYNGÉE PROPREMENT DITE

Cette affection est toujours liée à la phthisie pulmonaire; elle constitue tantôt un simple épiphénomène de cette maladie; d'autres fois, au contraire, elle domine la scène morbide, et les malades croient être affectés seulement d'une maladie de larynx, et c'est seulement dans la dernière période de la phthisie laryngée que l'affection pulmonaire prend une certaine importance.

Anatomie pathologique.— La *lésion* est, le plus souvent, une infiltration tuberculeuse; d'autres fois, des tubercules circonscrits; cette lésion siége sur la membrane muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes, sur celle qui tapisse l'épiglotte

et sur les cordes vocales; elle passe par toutes les évolutions propres aux tubercules, et se termine par de larges ulcérations. L'inflammation atteint les cartilages et détermine leur ossification : plus tard, les ulcérations dénudent les cartilages ossifiés ou non, et amènent la carie et la nécrose de ces cartilages, dont des portions assez considérables sont quelquefois expulsées par la toux. Nous avons dit précédemment que les ulcérations étaient une cause fréquente d'œdème de la glotte.

Description. — Un enrouement d'abord passager, puis permanent, une toux rauque, étouffée, quelquefois analogue à un rôt; une expectoration de crachats petits, épais, puriformes, souvent striés de sang; une gêne plus ou moins considérable de la respiration, sont les symptômes habituels de cette affection. L'examen de l'arrière-gorge permet de reconnaître une inflammation chronique du pharynx; l'application du laryngoscope est plus concluante, puisqu'elle fait constater les ulcérations et les tubercules. Un examen attentif de la poitrine permettra presque toujours de constater l'existence de tubercules pulmonaires. La difficulté de la déglutition, le retour des aliments par le nez, le passage des boissons dans le larynx, indiquent que les lésions siégent principalement à l'épiglotte; l'aphonie persistante est une preuve que les cordes vocales sont ulcérées ou même détruites en partie.

L'affection s'aggrave progressivement et lentement; la gêne de la respiration est variable; elle va jusqu'à la suffocation. Quand les ulcérations ont déterminé un œdème de la glotte et quand les cartilages nécrosés sont éliminés, un certain nombre de malades succombent asphyxiés très-rapidement; d'autres, après des accès de suffocation violents, expectorent une portion du cartilage nécrosé, et jouissent ensuite d'un calme relatif. Les symptômes généraux sont ceux de la tuberculisation : l'amaigrissement, la perte des forces, la fièvre hectique avec évacuation colliquative, et une mort plus ou moins lente par la phthisie pulmonaire, à moins que le malade ne succombe violemment à l'un des accidents que nous avons décrits.

SCROFULE DU LARYNX DÉBUTANT DIRECTEMENT PAR LES CARTILAGES

Cette affection est constituée par l'inflammation du périchondre, d'où formation d'abcès, de carie et de nécrose; les symptômes sont plus aigus et marchent plus rapidement que dans la phthisie laryngée proprement dite. Une douleur souvent très-intense et persistante, l'enrouement, la toux rauque, une difficulté croissante de la respiration, constituent les principaux symptômes. Quelquefois l'abcès est perceptible au dehors; d'autres fois, il fait saillie dans le larynx, et détermine des accès de suffocation qui cessent subitement, aussitôt que l'abcès est ouvert. L'œdème de la glotte est encore un accident à redouter dans cette affection; des ulcérations succèdent à l'ouverture des abcès, et la maladie prend un aspect et une marche comparables à ceux de la phthisie laryngée proprement dite.

Traitement. — La phthisie laryngée demande principalement: *Phosphorus*, *hepar sulfuris*, *drosera*, *iodium*, *spongia*, *arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *calcarea, causticum*, *manganum*, *sulfur et argentum nitricum.*

Phosphorus et *hepar sulfuris* sont surtout indiqués par l'état douloureux du larynx, dont la sensibilité est excitée même par la respiration; *phosphorus* convient mieux dans les *constitutions* dites *phthisiques*, taille élancée, peau fine et colorée, hémorrhagies faciles; *hepar sulfuris* sera préféré dans les *constitutions scrofuleuses.*

Drosera est indiqué par un picotement dans le larynx, qui excite une toux convulsive avec vomissement des aliments, sentiment de sécheresse et d'âpreté dans le fond de la gorge, qui excite à tousser.

Iodum et *spongia* conviennent chez les scrofuleux. Un amaigrissement excessif est une indication de plus pour Iodium, l'aphone, la voix qui manque tout à coup, la douleur du larynx au toucher, un sentiment de brûlure et de sécheresse, la toux convulsive par chatouillement dans le larynx indiquent *spongia.*

Calcarea carbonica également indiqué chez les scrofuleux

convient à l'ulcération du larynx. Une toux courte par apreté dans le larynx, des crachats sanguinolents purulents et fétides, l'enrouement habituel, indiquent ce médicament.

Argentum nitricum a donné quelques succès et convient surtout quand les cartilages sont altérés.

On trouvera l'indication des autres médicaments par l'étude de la matière médicale. Nous y reviendrons, du reste, à propos du traitement de la phthisie pulmonaire.

Les eaux d'*Allevard* et du *Mont Dore* sont celles qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de cette affection.

CHAPITRE IV

CANCER DU LARYNX

C'est surtout le cancer épithélial qui se localise sur le larynx; il revêt la forme de végétations ou de tumeur, et par son siége produit l'enrouement, la toux, la dyspnée, les accès de suffocation et souvent des hémorrhagies. L'examen laryngoscopique seul permet de porter un diagnostic exact et d'enlever les tumeurs, qui sans cela amèneraient une mort prématurée.

Le larynx est encore le siége de *polypes* et de *végétations* sycosiques, reconnaissables par le laryngoscope. Le traitement de la sycose, *thuya*, *nitri acidum*, etc., sera institué avant d'avoir recours à l'opération.

CHAPITRE V

SYPHILIS DU LARYNX

C'est une affection secondaire caractérisée par l'ulcération de la membrane muqueuse; et, dans les cas plus graves, par la nécrose des cartilages. On comprend que ces lésions, très-analogues à celles produites par la scrofule du larynx, déterminent des symptômes analogues à ceux de cette dernière affection. —

Les ulcérations syphilitiques du larynx sont produites par l'extension des ulcérations de l'arrière-gorge; elles débutent toujours par l'épiglotte; puis de là gagnent la muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes et les cordes vocales. Les ulcérations sont profondes, à bords coupés à pic et à fond grisâtre; et elles sont précédées et accompagnées des autres signes de la vérole.

Quand l'affection syphilitique du larynx est guérie, il reste presque toujours des cicatrices vicieuses qui gênent la respiration et la phonation. Les symptômes généraux sont ceux de la syphilis constitutionnelle, et jamais on n'observe la fièvre hectique de la phthisie laryngée.

Traitement. — C'est celui de la syphilis de forme commune, arrivée à sa période secondaire ou tertiaire. Intercurremment on prescrit les médicaments déjà indiqués pour les inflammations du larynx et les accès de suffocation laryngée. La trachéotomie rend de grands et d'utiles services, parce qu'elle donne aux médications internes le temps de guérir la maladie.

CHAPITRE VI

SPASME DE LA GLOTTE

C'est une *névrose* du larynx, caractérisée par la convulsion tonique des muscles constricteurs de la glotte. Le spasme de la glotte survient souvent à titre d'affection symptomatique dans le cours des laryngites et du croup, dans l'hystérie, mais principalement dans les attaques d'éclampsie et d'épilepsie ; il est quelquefois lié à l'existence de tumeurs ganglionnaires qui irritent les nerfs du larynx ; mais nous voulons décrire ici une maladie essentielle propre à la première enfance et ayant des rapports intimes avec l'éclampsie.

Étiologie. — Le spasme de la glotte ne se présente jamais en

dehors de la première dentition ; il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, à la ville qu'à la campagne ; il se développe principalement chez les enfants élevés au biberon et chez ceux qui sont sevrés trop tôt ; c'est un des effets de l'alimentation prématurée.

Description. — Cette maladie procède par accès irréguliers ; ces accès surviennent au réveil ou à propos des mouvements de déglutition, ou encore quand l'enfant se met en colère. Tout à coup la respiration se suspend ; la figure devient anxieuse ; elle rougit fortement, et, dans les accès intenses, les lèvres bleuissent ; puis, après 30, 40 secondes, la respiration se rétablit par une *inspiration* convulsive ; l'air, en passant rapidement par la glotte encore rétrécie, fait entendre un sifflement aigu prolongé. Ce sifflement caractéristique ressemble à celui qui se produit en dehors de toute maladie chez les enfants colères qui se sont *pamés*.

Quelquefois la maladie se compose d'un accès unique : soit que l'enfant succombe au premier accès, soit au contraire que la maladie se termine ainsi brusquement par la guérison ; mais le plus souvent les accès se multiplient et se rapprochent, alors d'autres muscles participent au spasme : le diaphragme, les muscles de la face, ceux des extrémités ; quelques enfants sont pris d'une attaque complète d'éclampsie. Si la maladie se prolonge, elle altère la constitution ; les enfants maigrissent, deviennent pâles, anémiques, et tombent dans une sorte de cachexie.

Si la maladie n'est point arrêtée par un changement de lieu ou de régime, ou par un traitement approprié, les enfants succombent pendant un accès. On a décrit une variété de spasme de la glotte dans laquelle le spasme était limité au diaphragme. Dans ces cas fort rares, la glotte étant libre, le sifflement caractéristique ne se produit point.

Cette maladie avait été appelée *asthme thymique*, parce qu'on avait cru observer qu'elle coïncidait toujours avec l'hypertrophie du *thymus*. Les recherches récentes d'anatomie pathologique ont démontré l'erreur de cette opinion.

Traitement.—*Moschus* est le médicament principal ; sa pathogénésie comprend les contractions spasmodiques du larynx, et la clinique compte un grand nombre de guérisons par le musc; mais il est souvent nécessaire d'arriver à la dose de quelques centigrammes. *Platina*, *zincum* m'ont encore donné des succès. J'ai prescrit *zincum* à cause de son emploi fréquent en allopathie contre les convulsions, et *platina* parce que, administré chez un adulte pour une névrose, il avait déterminé, chaque fois que le malade prenait une cuillerée de sa potion, un véritable spasme de la glotte. *Cuprum* pourrait encore être essayé. Pendant l'accès, il faut relever l'enfant, le porter à l'air, lui jeter de l'eau à la figure, le flageller. L'application d'eau froide, d'huile chloroformée sur la région antérieure du cou sont deux moyens que nous recommandons pour rompre le spasme.

CHAPITRE VII

APHONIE

L'aphonie est toujours un symptôme et se rencontre dans un grand nombre de maladies; nous n'y reviendrons point ici. Nous dirons seulemeni un mot de l'*aphonie hystérique* et de l'*aphonie* due à la *paralysie* du *nerf récurrent.*

L'aphonie hystérique survient habituellement tout d'un coup et atteint de suite son plus haut degré d'intensité, c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par la perte complète du timbre de la voix ; le malade articule parfaitement, mais ne peut parler qu'à voix basse. Cette affection a une durée très-variable, et qui s'étend de quelques heures à quelques mois. Le plus souvent elle disparaît subitement.

L'aphonie par paralysie du nerf récurrent se montre dans beaucoup de maladies ; c'est cette paralysie qui détermine le plus souvent l'asphyxie croupale. On retrouve cette affection comme symptôme de tumeurs, d'anévrysmes comprimant le

nerf récurrent ; on la retrouve encore dans l'empoisonnement par le plomb et par le phosphore ; il est douteux qu'elle survienne jamais comme maladie essentielle.

Cette affection est caractérisée par la raucité de la voix et par une aphonie plus ou moins complète ; par un sentiment d'étranglement qui empêche la toux, enfin par la dyspnée et de véritables accès de suffocation. Cette dyspnée a pour caractère de s'augmenter toutes les fois que le malade fait des efforts d'inspiration et veut respirer plus fort. La dyspnée un peu prononcée n'existe guère que chez les enfants et se montre beaucoup plus rare et beaucoup plus faible lorsque la *glotte respiratoire* existe.

Traitement. — Contre l'*aphonie hystérique*, le médicament principal, est *nux moschata*. Ensuite viennent *platina* et *ignatia*. J'ai vu un cas qui paraissait très-opiniâtre et qui a disparu après l'instillation de quelques gouttes d'éther dans une dent douloureuse. L'*électricité* compte dans ce cas des succès faciles.

L'*aphonie par paralysie* demande principalement *cuprum*, *phosphorus*, *plumbum* et *nux vomica*. *Cuprum* présente ce signe caractéristique : *accès de suffocation et respiration sibilante en essayant de respirer profondément*. *Phosphorus* et *plumbum* présente le seul symptôme *d'aphonie* complète sans autre particularité, qui permette de fixer le choix du médicament. C'est donc à la clinique de rechercher les médicaments de l'aphonie paralytique. L'*électricité* compte quelques succès, mais elle est d'une application difficile, car il faut l'appliquer directement sur la corde vocale paralysée.

LIVRE III

MALADIES ET AFFECTIONS DE POITRINE.

Les maladies et affections de poitrine constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie interne. Nous décrirons d'abord les *phlegmasies*; le *catarrhe pulmonaire*, la *pneumonie*, la *pleurésie*. Ces phlegmasies constituent habituellement des maladies essentielles ; d'autres fois elles ne sont que des affections symptomatiques des *maladies constitutionnelles*, des *diathèses* ou des *fièvres*, exemples : les bronchites dans la fièvre typhoïde et dans la rougeole ; la pleurésie symptomatique du rhumatisme ou de la diathèse purulente ; la pneumonie symptomatique de la variole ou de la fièvre pernicieuse.

Après les phlegmasies nous décrirons deux *lésions*: *l'hydrothorax* et *l'hydro-pneumo-thorax* ; puis les localisations hémorrhagiques; *l'hémoptysie* et *l'apoplexie pulmonaire* ; enfin la *phthisie* et *l'asthme*. Les localisations *cancéreuses* et *syphilitiques* sont trop peu importantes pour que nous leur ayons consacré un chapitre à part ; et la *coqueluche* a été décrite dans le chapitre des maladies contagieuses (t. I. p. 306).

Nous avons, à propos de chaque affection, décrit minutieusement les signes tirés de l'auscultation et de la percussion. Nous recommandons simplement à nos confrères de ne pas délaisser complètement la stéthoscope. Sans doute l'auscultation par l'application directe de l'oreille sur le thorax est préférable dans la plupart des cas, mais pour les signes tirés de la voix et pour la localisation des lésions *l'auscultation médiate* nous semble préférable.

CHAPITRE PREMIER

CATARRHE PULMONAIRE

C'est une maladie caractérisée par l'inflammation de la membrane muqueuse des voies respiratoires. Dans certaines formes, cette inflammation reste bornée à des régions limitées : *coryza, laryngite, bronchite,* dans d'autres le tissu pulmonaire lui-même est envahi : *pneumonie lobulaire.*

L'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse respiratoire survient à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies: la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, l'asthme, la phthisie. Dans la goutte et la dartre, cette inflammation revêt une marche chronique et constitue une affection fort importante.

Division. — Les formes du catarrhe pulmonaire correspondent assez exactement à des différences du siége. Aussi nous trouverons-nous ici presque d'accord avec l'école organicienne. Nous décrirons quatre formes : la *forme commune* ou *rhume;* la *forme bénigne ;* la *forme grave*, ou *catarrhe suffocant*, *bronchite capillaire*, *pneumonie lobulaire*; enfin le *catarrhe chronique*, quoiqu'il ne soit pas démontré qu'il puisse exister indépendamment de l'asthme, de la goutte ou de la dartre.

I. Forme commune ou rhume. — C'est une maladie très-fréquente dans notre pays. Elle débute habituellement par un sentiment de courbature et de fatigue, accompagné de céphalalgie et de frilosité. En même temps survient l'enchifrènement ou une légère douleur de l'arrière-gorge, suivant que le rhume doit débuter par le coryza ou par la laryngite. Un mouvement fébrile plus ou moins intense s'établit ; il a pour caractère de s'accompagner d'une tendance au frisson dès que le malade se découvre, d'une élévation très-modérée de la chaleur et du pouls. Le coryza ou la laryngite s'établissent d'abord, avec leurs symptômes propres (voir ces mots), ils se succèdent, puis l'in-

flammation gagne la trachée et les bronches. Le mouvement fébrile continue pendant vingt-quatre, quarante-huit heures, quatre jours au plus ; il présente chaque matin une rémission accompagnée de sueurs. Pendant ce temps, la toux est sèche, fréquente, douloureuse ; la douleur existe surtout dans le larynx et la trachée ; elle est brûlante, gravative ; son siége est sous le sternum et entre les épaules, la toux la rend déchirante ; plus rarement il existe un point de côté. La toux détermine un ébranlement fatigant avec douleur dans le ventre et surtout dans la tête.

En même temps que le mouvement fébrile tombe tout à fait, la toux devient grasse et beaucoup moins fatigante. A ce moment, une expectoration glaireuse, semblable à du blanc d'œuf, s'établit ; les douleurs de tête et de poitrine disparaissent, l'appétit et les forces reviennent ; le sommeil est encore interrompu par la toux. Vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du second, la toux devient tout à fait grasse ; l'expectoration épaisse, d'abord blanche, puis jaune et verte ; la toux est bien plus rare, mais par quintes encore très-fréquentes avec efforts de vomissements. Si le malade n'est pas traité, s'il reprend ses occupations, cette période peut se prolonger plusieurs semaines ; enfin la toux devient facile, rare, puis disparaît tout à fait.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'absence du mouvement fébrile ; souvent elle reste limitée aux fosses nasales ou au larynx ; sa durée est d'environ un septénaire. La toux, quand les bronches sont prises, suit les mêmes phases que celles de la forme précédente ; seulement l'évolution est beaucoup plus rapide.

III. Forme grave. — Décrite sous le nom de *catarrhe suffocant*, de *bronchite capillaire* et de *pneumonie lobulaire*, cette forme de catarrhe pulmonaire est extrêmement grave ; elle est plus fréquente chez les enfants et chez les vieillards.

Le mouvement fébrile a les mêmes caractères que dans la forme commune, seulement tous ses symptômes, excepté la chaleur fébrile, sont considérablement augmentés. Le pouls

est fréquent et mou; le malaise, la courbature, les douleurs dans les membres sont extrêmes. Le coryza et la laryngite sont nuls ou à peine marqués, l'inflammation est concentrée sur les petites bronches, d'où une toux très-difficile et très-fréquente, et une dyspnée croissante qui forme le symptôme caractéristique de cette forme.

Si la maladie n'est pas enrayée promptement, l'état devient de plus en plus grave, le mouvement fébrile change de nature; le pouls acquiert plus de fréquence, en même temps qu'il devient petit, faible, irrégulier; la face devient pâle, grisâtre avec des lèvres violacées; la langue se sèche; souvent il survient du délire ou au moins des rêvasseries ; la dyspnée s'accompagne du râle trachéal ; les bronches se paralysent de plus en plus ; l'expectoration devient impossible; la peau se refroidit et les malades périssent asphyxiés.

Cette forme est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes, parce que les bronches, extrêmement étroites dans le jeune âge, sont facilement oblitérées par le gonflement de la membrane muqueuse et par l'accumulation du muco-pus. La dyspnée est donc considérable; l'air ne pénètre qu'incomplètement dans les alvéoles, et à chaque inspiration, l'épigastre et les fausses côtes, au lieu de bomber, rentrent dans le thorax; la région sus-claviculaire est le siége d'une dépression analogue. C'est ce qu'on appelle le *tirage*; ce symptôme existe aussi dans le croup. Niemeyer explique ce phénomène par la raréfaction de l'air dans les alvéoles pulmonaires pendant une inspiration violente et infructueuse, et par le vide qui en résulte.

Les malades empoisonnés par l'acide carbonique retenu dans les alvéoles tombent dans l'asphyxie et la somnolence. Chez les *nouveau-nés*, la marche de la maladie est plus rapide et en même temps plus insidieuse. La sidération se produit très-rapidement; les enfants tombent dans la cyanose et la somnolence presque sans tousser. La dyspnée atteint 80 respirations par minute, devient irrégulière, et quelquefois il se produit un phénomène fort extraordinaire : c'est la suspension de la respiration; cette apnée, qui est du plus mauvais présage, a duré

dans certains cas jusqu'à deux minutes. La mort arrive très-rapidement au bout de deux ou trois jours. Cette marche insidieuse et foudroyante est propre non-seulement aux *nouveau-nés* mais encore à la *première enfance;* seulement la marche est d'autant plus rapide, les symptômes sont d'autant plus graves, que les enfants sont moins âgés.

Auscultation et Percussion. — Dans la forme commune et dans la forme bénigne, l'auscultation fournit des renseignements peu importants. Au début, des *râles sonores* et *sibilants* et plus tard quelques *râles humides* à *grosses bulles*. Mais dans la forme grave les renseignements fournis par l'auscultation sont beaucoup plus importants. Au début, on entend des *râles sibilants* fins et multipliés, répandus inégalement des deux côtés; dans la période d'état, on constate l'existence du râle *sous-crépitant*: c'est un râle fin, à bulles inégales, qui s'entend surtout dans l'inspiration et qui est caractéristique de l'*engouement pulmonaire*. Dans un degré plus avancé, alors qu'il s'est produit de l'hépatisation disséminée, on peut entendre des *bruits de souffle* à siéges multiples.

Chez les *nouveau-nés* et dans les premiers mois de la vie, les signes stéthoscopiques sont différents. Les efforts de la respiration étant impuissants à vaincre les obstacles qui s'opposent à l'entrée de l'air dans les alvéoles, on n'entend ni le râle sous-crépitant, ni le souffle, mais seulement le retentissement des bruits qui se passent dans la trachée et dans les grosses bronches, c'est-à-dire des râles ronflants ou muqueux.

IV. CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE. — Nous avons dit que ce catarrhe était presque toujours une affection symptomatique de la goutte ou de la dartre ; il survient habituellement à un âge déjà avancé. Au début, le catarrhe existe seulement pendant l'hiver ; mais plus tard il se prolonge toute l'année. Il présente accidentellement des phases d'aggravation et de rémission. Pendant les aggravations, il y a un petit mouvement fébrile, une toux plus sèche et plus fréquente,

La toux est habituellement quinteuse, avec des efforts violents, du larmoiement, du coryza, la rougeur et la congestion de la face, quelquefois des vomissements. L'expectoration est tantôt composée de crachats gluants, de couleur grisâtre ; c'est le *catarrhe pituiteux* des auteurs ; d'autres fois l'expectoration est très-abondante et composée de muco-pus : *catarrhe humide*. Ces deux caractères de l'expectoration peuvent se montrer successivement chez le même malade. Quand l'expectoration est nulle ou peu abondante c'est le *catarrhe sec* des anciens.

La dyspnée devient habituelle avec des redoublements pendant les aggravations du catarrhe ; l'*emphysème* du poumon vient alors compliquer la maladie. La dyspnée prolongée, les efforts de la toux déterminent une compression des vaisseaux pulmonaires, qui suffit quelquefois à produire la stase veineuse, la cyanose et l'œdème. L'emphysème détermine l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux pulmonaires et contribue, de son côté, à augmenter cette gêne de la circulation. A cette époque, on peut observer des dilatations des bronches qui simulent des cavernes et qui sont quelquefois le siége de petites hémorrhagies et par conséquent la source d'hémoptysies ; d'où une certaine difficulté dans le diagnostic.

La vie se prolonge fort longtemps avec le catarrhe chronique. Il est rare que les malades succombent, soit à l'épuisement, soit aux stases veineuses ; le plus souvent ils sont emportés par le développement de la *forme grave* du catarrhe (*catarrhe suffocant, péripneumonie notha*).

L'*auscultation* fournit les signes du catarrhe des grosses bronches, ceux de l'emphysème et quelquefois ceux de cavernes dues à la dilatation des bronches.

Anatomie pathologique. — La muqueuse des bronches présente des rougeurs par plaques et des ecchymoses ; elle est épaissie et ramollie. Les bronches contiennent un muco-pus épais, blanc jaunâtre. Dans la forme grave, le tissu pulmonaire présente, en outre, de l'*engouement* et des *hépatisations disséminées*. L'engouement est caractérisé par la couleur rouge plus ou moins foncée; le tissu pulmonaire est plus ou moins compacte, non

crépitant; il n'est pas friable comme dans l'hépatisation. Cette dernière lésion présente ici les mêmes caractères anatomiques que dans la *pneumonie*; seulement elle est distribuée par noyaux multiples de grosseurs très-variables. C'est à tort qu'on l'appelle *hépatisation lobulaire*, parce que la lésion n'est pas limitée par la structure des lobules pulmonaires, et qu'elle peut occuper une partie d'un lobule, ou de plusieurs lobules. En un mot, elle est *disséminée* et *non lobulaire*.

Étiologie. — L'*enfance* et la *vieillesse* prédisposent au catarrhe pulmonaire. C'est la maladie des *régions* et des *saisons* froides et humides. En France c'est surtout au printemps que le rhume règne épidémiquement. La cause occasionnelle la plus fréquente est un *refroidissement*.

Traitement. — La prophylaxie du catarrhe pulmonaire consiste surtout dans l'habitude de vivre au grand air et de braver les intempéries des saisons; l'hydrothérapie préserve habituellement des rhumes. Cependant il ne faut pas appliquer cette prophylaxie à la première enfance, parce qu'il n'y a pas encore une réaction suffisamment assurée.

Traitement de la forme commune. — Au début *nux vomica* et *aconitum* sont les deux principaux médicaments. Je prescris habituellement *nux vomica* (3e), la nuit et *aconitum* (3e) le jour. Une cuillerée toutes les deux ou trois heures, suivant l'intensité des symptômes. *Nux vomica* correspond au coryza fluent et *aconitum* à la toux sèche et fréquente. Quelques confrères commencent toujours le traitement du rhume à la première periode par *aconit* (T. M.) 2 à 3 gouttes toutes les trois heures. Nous recommandons cette méthode comme très-sûre. Si le rhume débute par le mal de gorge, au lieu du coryza; si la toux est sèche et a lieu principalement pendant la nuit; si elle s'accompagne d'une céphalalgie considérable, je débute par *belladona* (3e) toutes les deux heures. *Mercurius* est indiqué au début par un coryza moins aqueux que celui de *nux vomica* avec érythème de l'entrée des narines; par le mal de gorge; mais

surtout par une toux qui survient pendant le sommeil. *Ipeca* (3e) convient quand la toux est sèche, quinteuse ; avec sensation d'étouffement, effort de vomissements et vomissements ; dyspnée, mais surtout léger sifflement perceptible pour le malade, la toux est provoquée par un chatouillement profond, sous-sternal, remontant au larynx. *Pulsatilla* (3e et 12e) appartient à une période plus avancée du catarrhe. Ce médicament est indiqué par la toux grasse, quinteuse, avec effort de vomissement ; expectoration de matières jaunes, épaisses, souvent d'un goût amer. La toux s'accompagne fréquemment de douleur de poitrine, d'otalgie, et, chez les femmes, d'émissions involontaires des urines ; elle est provoquée par l'inspiration, par un sentiment de sécheresse et de chatouillement dans la trachée et le larynx. Elle est plus intense le soir et surtout dans la position horizontale. *Bryonia* convient de préférence contre la toux grasse, quinteuse, avec douleur dans un point du thorax ; surtout si cette douleur augmente par la respiration et par la toux. *Drosera* (3e et 12e) est indiqué dans la dernière période, quand la toux est quinteuse, convulsive, avec vomissements des aliments ; la toux est provoquée par un chatouillement dans le larynx. Quand la toux a lieu surtout la nuit, dans la position couchée, par un chatouillement dans le larynx avec expuition des crachats très-liquides *hyosciamus* 6e est indiqué et réussit presque certainement.

Chamomilla correspond à une toux quinteuse avec spasme, excitée par un chatouillement dans la fossette du cou et par une inspiration profonde.

Cina convient pour une toux convulsive par chatouillement dans le larynx avec vomissement, même alimentaire, comme par le drosera. La pâleur de la face, le prurit nasal, les gémissements après la toux prescrivent l'indication de ce médicament. La toux est souvent excitée par une respiration profonde.

Lycopodium et *Senega* correspondent à des toux quinteuses éclatantes, excitées par une respiration profonde. Pour terminer, on est quelquefois obligé d'administrer encore *sulfur* (30e) ou *calcarea* (30e).

Traitement de la forme bénigne. — Suivant la prédominance du

coryza, du mal de gorge ou de la toux, on administrera *nux vomica*, *belladona* ou *aconitum*. *Chamomilla*, indiqué dans le coryza avec douleurs atroces dans les sinus frontaux et maxillaires; agitation considérable, état qui porte les malades au désespoir. *Euphrasia* convient davantage quand il y a inflammation catarrhale des conjonctives.

Traitement de la forme grave. — Pneumonie lobulaire. Tout à fait au début, quand le mouvement fébrile est violent, *aconitum* (6e), toutes les heures; mais ce médicament ne doit pas être continué plus de vingt-quatre heures. *Ipeca* (12e) et *Bryonia* (12e) alternés toutes les deux heures constituent pour moi un traitement héroïque de cette forme grave du catarrhe pulmonaire. Ces deux médicaments correspondent au mouvement fébrile, à la dyspnée, et surtout aux râles sous-crépitants et au souffle disséminé. Quand l'état s'aggrave, malgré ces deux médicaments, on a encore un puissant secours dans *arsenicum* (12e ou même 3e). *Carbo vegetabilis* (12e) convient à une période plus avancée encore, à la période asphyxique. *Tartarus* 2me et 3me trituration est indiqué par la difficulté ou l'absence d'expectoration coïncidant avec des râles muqueux abondants; état de somnolence, face rouge, toux quinteuse avec vomiturition, accès de suffocation; hépatisation étendue du tissu pulmonaire. *Ipeca* à doses fortes (1re trituration au 10e) est indiqué par un état asphyxique avec face bleuâtre, dyspnée considérable. Très-souvent on aura recours à *phosphorus*, surtout quand l'état général revêt une apparence typhoïde; et à *sambucus* dans les crises de suffocation. J'ai obtenu de bons effets de *Kermès* et d'*arseniate d'antimoine* 2me et 3me trituration quand la maladie avait duré déjà longtemps et commençait à revêtir l'allure des affections chroniques.

CHAPITRE II

PNEUMONIE

La pneumonie est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation du tissu pulmonaire. Elle se présente sous

trois formes distinctes: *forme commune*, *forme bénigne* et *forme purulente*.

La *forme catarrhale*, admise par beaucoup d'auteurs, nous a semblé composée artificiellement de cas de bronchite grave, compliquée d'hépatisation pulmonaire et de pneumonie essentielle, survenue chez des personnes affectées de catarrhe chronique; nous l'avons donc supprimée. Quant à la *pneumonie chronique*, caractérisée par l'organisation de l'épanchement fibrineux, nous croyons que, lorsqu'elle n'est pas la terminaison de la pneumonie de forme commune, elle est toujours symptomatique de tubercules, de bronchite chronique, avec dilatation des bronches, ou de tumeurs du poumon.

L'inflammation du tissu pulmonaire s'observe fréquemment comme lésion accessoire dans les bronchites essentielles et symptomatiques principalement dans le cours de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la grippe et de la phthisie pulmonaire. Cette inflammation est encore symptomatique de la *goutte*, du *rhumatisme*, de la *diathèse purulente*, et de la fièvre *intermittente*.

L'expression de *pneumonie bilieuse* n'a pas de sens en dehors des erreurs du galénisme renouvelées par Stoll.

Anatomie pathologique. — Comme il est nécessaire, pour l'interprétation des signes physiques, de connaître l'histoire des lésions, nous commencerons par l'anatomie pathologique. Laënnec a divisé l'inflammation du tissu pulmonaire en trois degrés : *engouement*, ou premier degré ; *hépatisation rouge*, ou deuxième degré; *hépatisation grise*, ou troisième degré. Nous signalons cette classification pour faciliter la lecture des auteurs, mais nous ne l'acceptons point, parce qu'elle est purement artificielle. Le premier degré, ou engouement pulmonaire, est une lésion de la bronchite grave ; il correspond au râle *sous-crépitant*, et n'existe jamais dans la pneumonie essentielle, dont le premier signe stéthoscopique est le râle crépitant. Il reste donc l'*hépatisation rouge*, qui est souvent *jaune* chez le vieillard ; l'*hépatisation grise*, qui s'observe presque exclusivement dans la forme purulente; et, enfin, l'*induration pulmo-*

naire et l'*abcès*, deux modes assez rares de terminaison de l'hépatisation.

L'hépatisation rouge est caractérisée par l'induration, la friabilité et la rougeur du tissu pulmonaire. Si on déchire ce tissu, on le trouve granulé; sa dureté et sa friabilité l'ont fait comparer au tissu du foie, d'où le nom d'*hépatisation*. Les granulations, qui apparaissent à la coupe, sont formées par les vésicules pulmonaires distendues par des dépôts fibrineux. Quand ces dépôts contiennent des parties colorantes du sang, l'hépatisation est *rouge*; quand ils sont décolorés, elle est *jaune*; c'est ce qui a presque toujours lieu chez les vieillards. L'hépatisation pulmonaire est entourée d'un tissu plus ou moins œdématié, mais non engoué. La ligne de démarcation est nette; il n'y a pas décroissance graduelle entre le tissu hépatisé et le premier degré hypothétique des auteurs.

Hépatisation grise. — Elle succède à l'hépatisation rouge. Au degré le moins avancé, le tissu est sablé de points grisâtres, dus à la transformation purulente des dépôts fibrineux épanchés; la teinte grise se généralise de plus en plus et, au degré le plus avancé, devient entièrement grise; en même temps, la friabilité augmente considérablement, et le tissu enflammé se déchire et s'écrase avec une extrême facilité. Si on racle, ou si on presse le tissu pulmonaire, ainsi hépatisé, on en extrait du pus véritable, plus ou moins mélangé de sang. Dans la terminaison par *abcès*, le pus se collecte et s'enkyste; il s'ouvre dans les bronches ou dans la plèvre par ulcération.

Si la pneumonie se réduit incomplètement et passe à l'état chronique, l'exsudat fibrineux se transforme en tissu conjonctif, qui se rétracte comme le tissu de cicatrice, d'où l'atrophie avec induration considérable du tissu pulmonaire et un état comparable à la cirrhose du foie; c'est la *sclérose* du poumon.

Examen micrographique. — Au début on constate la distension des capillaires par les globules sanguins agglomérés; le liquide infiltré contient des globules du sang et des cellules épithéliales; déjà il existe un exsudat intra-cellulaire et les parois

des vésicules sont tuméfiées. Les parois des alvéoles sont le siége d'une multiplication cellulaire très-active; en même temps on rencontre dans l'exsudat des globules rouges et blancs et des cellules jeunes; la présence des leucocytes a été constatée même dans l'*hépatisation rouge*; seulement ils deviennent très-nombreux dans l'hépatisation grise,

I. Forme commune. — Ses prodromes manquent souvent; quand ils existent, ils sont ordinairement forts courts : du malaise, de la courbature, de l'inappétence ; la rougeur et la chaleur d'une joue, des vomissements bilieux, sont les plus ordinaires. Le *début* est constitué par l'apparition simultanée de trois symptômes : frissons, point de côté et toux grasse. Le frisson manque très-rarement; il est ordinairement très-prononcé chez les petits enfants ; où il est quelquefois remplacé par des convulsions. Une chaleur forte (39-40 degrés), halitueuse, avec rougeur de la face, pouls grand, mou, fréquent, de 104 à 106, succède au frisson et caractérise le mouvement fébrile de la pneumonie. Le point de côté siége habituellement, mais non toujours, au-dessous du sein; il augmente par la respiration et par la toux, quelquefois par la pression; il manque très-rarement; il peut être très-violent. La toux est grasse, facile, à moins que le point de côté ne soit très douloureux; elle s'accompagne d'une expectoration d'abord claire, semblable à une dissolution de gomme, bientôt sanguinolente, composée d'un mucus visqueux, mélangé de sang en proportions diverses; le sang est intimement combiné avec le mucus et ne s'en sépare point comme dans l'hémoptysie. Sa quantité variable constitue les crachats *rouillés*, *abricots*, *briques*, etc. Ces crachats sont regardés comme un signe pathognomonique de la pneumonie ; cependant j'en ai observé de tout à fait semblables dans la congestion pulmonaire, symptomatique des affections du cœur. La dyspnée est généralement en proportion de l'étendue de l'inflammation du tissu pulmonaire, de la violence de la fièvre et de l'acuité du point de côté; elle est plus considérable chez les petits enfants que chez l'adulte. Une céphalalgie frontale intense, la soif, l'anorexie, une langue couverte d'un en-

duit blanc jaunâtre achèvent de caractériser la pneumonie à son début.

Quand cette maladie est abandonnée à elle-même, les symptômes que nous venons de décrire s'aggravent progressivement pendant deux ou trois jours; c'est la *période d'augment*. Ils restent ensuite stationnaires pendant un temps qui varie de deux à cinq jours : *période d'état*; puis subitement, au moment où le danger paraît le plus grand, quand l'intensité du mouvement fébrile et de la dyspnée inspirent les plus vives inquiétudes, après une agitation et une anxiété suivies d'une épistaxis ou d'une sueur profuse, ou d'un nuage dans les urines, la fièvre cesse, le pouls tombe au-dessous de 80. Le tracé thermique de la pneumonie est caractéristique ; il s'élève sans oscillation et atteint dès la fin du second jour, son plus haut point 39° à 40°, il reste, presque sans variation à ce degré, et descend en quelques heures à 37°,5, 37° et même 36°,5; le malade s'endort ; puis il s'éveille en convalescence, avec la peau fraîche, le pouls descendant les jours suivants jusqu'à 50 et même 40 pulsations.

Les Allemands ont appelé l'ensemble des symptômes qui accompagnent la terminaison brusque de la pneumonie *défervescence*. En même temps que le mouvement fébrile cesse, la résolution de l'hépatisation s'annonce par l'apparition du râle crépitant *redux;* l'expectoration devient catarrhale et abondantes; la proportion d'urée qui, pendant la période d'état, avait été considérable, retombe à son niveau physiologique, en même temps que les chlorures reparaissent en grande quantité; l'appétit et le bien-être reviennent; le malade cesse de maigrir. Ajoutons cependant que, le plus souvent, la résolution de l'hépatisation ne suit pas une marche aussi rapide, et qu'on en retrouve encore des traces huit et quinze jours après la chute du mouvement fébrile.

La terminaison que nous décrivons arrive presque toujours le 7e jour ou le 9e jour, plus rarement le 11e.

Les *évacuations critiques* sont constantes. Les plus fréquentes sont celles des urines, où elles se caractérisent par des nuages

et des dépôts qui ont été très-bien étudiés par Martin-Solon; viennent ensuite les sueurs et les épistaxis.

La pneumonie ne suit pas toujours cette marche, et sa durée dépasse souvent le 11e jour; mais la description qui précède se rapporte à la maladie abandonnée à elle-même; les divers traitements troublent cette marche naturelle et augmentent ou diminuent la durée de la maladie.

Le plus souvent, quand la maladie doit se terminer par la guérison, nous observons, sous l'influence du traitement homœopathique, une diminution progressive des symptômes: le point de côté est en général celui qui diminue le premier; le pouls décroît chaque jour de 4, 6 et 8 pulsations; la chaleur fébrile tombe dans la même porportion; les nuits sont moins agitées; il y a de courts instants de sommeil; les crachats deviennent de moins en moins sanguinolents; et après trois, quatre et cinq jours de traitement, l'apyrexie est complète, la convalescence commence; la résolution de l'hépatisation pulmonaire suit pas à pas la décroissance des symptômes et se prolonge rarement au delà de quelques jours après la disparition du mouvement fébrile; la défervescence est exceptionnelle.

Quelquefois, soit que le traitement ait été nuisible, soit que la maladie ait une plus grande intensité, la pneumonie, après des alternatives de mieux et de plus mal, atteint le 14e, le 17e et même le 20e jour avant d'entrer en résolution. Dans ces cas, la pneumonie peut se terminer par la formation d'un d'*abcès pulmonaire*, et cependant guérir après l'ouverture de cet abcès dans les bronches; mais ordinairement la durée de la maladie dépasse quatre semaines et peut se prolonger plusieurs mois. Les malades expectorent de temps à autre des quantités considérables de pus.

La pneumonie se termine souvent par la mort, au moins 20 fois sur 100 quand elle n'est pas traitée, et jusqu'à 30, 40, 50 et 60 pour 100 quand elle est soumise à un traitement perturbateur.

Quand la pneumonie, abandonnée à elle-même, doit se terminer par la mort, les symptômes, comme nous l'avons dit,

augmentent progressivement : vers le 7e jour, le pouls s'élève au-dessus de 120, la chaleur atteint et dépasse 40 degrés ; la dyspnée est considérable; la mort arrive le 8e jour, mais le plus souvent le 9e ou le 10e, rarement plus tard. Le pouls devient petit, irrégulier ; la face s'altère ; la peau se refroidit, surtout aux extrémités ; l'expectoration se supprime, le râle s'établit ; les malades tombent souvent dans un état demi-comateux, rarement dans le délire, et ils périssent asphyxiés ou un peu plus rapidement par une syncope ultime. Quelquefois, pendant la période d'état, la pneumonie se termine par un *métastase* sur le cerveau. Les malades sont pris d'un délire violent, avec agitation, quelques-uns sortent de leur lit et cherchent à s'échapper ; en même temps l'auscultation permet de constater tous les signes de la résolution commençante de l'hépatisation. Cet état est fort grave, il se termine habituellement par la mort après vingt-quatre, quarante-huit heures. Il peut cependant se prolonger et se terminer encore par la guérison.

Quelquefois les malades succombent après avoir éprouvé un grand mieux, à la suite d'une rechute dont tous les symptômes marchent très-rapidement.

Quand la pneumonie s'est terminée par la formation d'un abcès, la mort peut arriver par suffocation, quand cet abcès s'ouvre dans les bronches ; par l'extension de l'inflammation à la plèvre et l'ouverture de l'abcès dans cette cavité ; par une sorte de phthisie due à la longueur de la suppuration.

Les auteurs décrivent encore une terminaison par *gangrène*. Les signes de cette terminaison sont : la prostration; la petitesse du pouls ; un facies plombé ; des crachats diffluents, noirâtres, exhalant, ainsi que l'haleine, une fétidité *sui generis*. Les observations qui ont trait à cette terminaison se divisent en deux catégories ; dans l'une, il s'agit évidemment de gangrène venant tardivement compliquer un abcès du poumon ; dans l'autre la gangrène survient dès les premiers jours : il n'est pas démontré que les cas de cette dernière catégorie se produisent en dehors du *diabète*.

Dans des cas fort rares la pneumonie passe à l'*état chronique*. Les malades se rétablissent incomplètement ; ils conservent de

la toux, une expectoration catarrhale et une dyspnée habituelle.

Cet état persiste des mois et des années; il est compatible avec le retour d'un certain degré d'embonpoint, et les malades paraissent atteints d'un catarrhe chronique. L'auscultation permet de reconnaître la persistance de l'induration pulmonaire. Chez un certain nombre, une résolution lente, mais complète, produit une guérison définitive ; mais chez d'autres les bronches se dilatent, le tissu induré s'altère, se creuse des petites cavernes sans tubercules ; et les malades finissent par succomber à peu près comme les poitrinaires, quoiqu'en général l'amaigrissement ne soit jamais poussé aussi loin.

Signes physiques. — La *percussion* fait constater, dès le début de la maladie une résistance anormale sous le doigt qui percute et une matité relative, qui augmente en proportion des progrès de l'hépatisation pulmonaire. Le premier signe fourni par l' *auscultation* est une certaine rudesse du bruit respiratoire, puis le *râle crépitant* et le *souffle*. Le *râle crépitant* se compose de bulles égales, petites et sèches, qui éclatent en bouffées à la fin de l'inspiration ; c'est un un bruit pathognomonique de l'inflammation du tissu pulmonaire. Jamais, à ce moment de la pneumonie, on n'entend de *râles sous-crépitants*, c'est-à-dire un râle humide, à bulles plus grosses et inégales. Cette erreur vient de la confusion faite, par certains auteurs, entre la pneumonie et la bronchite compliquée d'engouement pulmonaire.

Le *souffle* est le retentissement du bruit bronchique, transmis par le tissu induré du poumon ; il a toujours un timbre métallique plus ou moins prononcé ; il apparaît d'abord dans l'expiration. Le souffle bronchique s'accompagne toujours d'un retentissement de la voix, appelé *bronchophonie*.

Si la pneumonie guérit, on entend, au moment de la résolution, un râle vésiculaire, humide, à bulles inégales, qui se mêle au souffle, devient de plus en plus abondant, humide et gros, remplace le souffle, puis disparaît graduellement. C'est le *râle crépitant de retour*. Si la pneumonie se termine par suppuration, un râle muqueux, à bulles de plus en plus nombreuses,

vient se mêler au souffle. On a observé quelques cas dans lesquels tous les signes stéthoscopiques se sont bornés à l'*absence du bruit respiratoire* et du retentissement de la voix. Ce fait, presque exclusif à la pneumonie des nouveau-nés et des vieillards, est encore inexpliqué.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par une marche plus rapide et une terminaison heureuse le 4e jour de la maladie.

Les symptômes sont les mêmes que dans la forme précédente et ne demandent point une description particulière ; aussi nous ne signalons cette forme qu'au point de vue de la valeur comparative des médications préconisées dans le traitement de la pneumonie.

III. Formè purulente. — Elle est caractérisée par une gravité excessive, par une marche rapide, et par la transformation purulente de l'exsudat et du tissu enflammé.

La *forme commune* peut se terminer par la formation d'un abcès ; et quand la mort survient, à la fin du second septénaire, par un commencement de suppuration du tissu hépatisé ; mais la forme purulente suppure d'emblée, et l'hépatisation grise est sa lésion constante.

Cette forme débute par des frissons qui se répètent quelquefois le second et le troisième jour ; un mouvement fébrile et un état de prostration plus considérable que dans la forme commune ; la dyspnée est aussi plus considérable, et cependant le malade n'en a pas conscience ; la face est souvent pâle, ou au moins une teinte subictérique se mêle à la coloration du facies vultueux, propre à la pneumonie. Les crachats deviennent promptement diffluents et brunâtres, semblables à du *jus de réglisse*, à du *jus de pruneaux* ; la mort survient presque toujours le 6e jour, quelquefois le 7e ou le 8e, exceptionnellement le 4e ou le 5e jour. La guérison est rare ; elle a lieu par la décroissance des symptômes, et présente les mêmes phases que la guérison de la forme commune.

L'*auscultation* ne présente rien de particulier les premiers

jours, mais un râle muqueux, à grosses bulles, apparaît souvent le 4e jour.

Variétés suivant le siége. — La pneumonie occupe, le plus souvent, les lobes inférieurs et moyens; elle peut occuper le sommet exclusivement, ou le poumon tout entier, ou même les deux poumons. La pneumonie *du sommet* passe pour être plus grave que celle de la base; la *pneumonie double* est rarement double d'emblée, elle le devient vers le 3e ou le 4e jour. Elle est extrêmement grave.

Étiologie. — La pneumonie est très-fréquente et très-grave pendant la première enfance et la vieillesse; elle est encore très-fréquente de 20 à 40 ans, pour diminuer de 40 à 60. L'époque de la vie où elle s'observe le plus rarement, et pendant laquelle elle guérit presque toujours, c'est pendant la seconde enfance.

La pneumonie est moitié plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; c'est la maladie des régions froides et tempérées, des grandes altitudes. Dans notre pays, elle est surtout fréquente au printemps. Les professions qui exigent un travail pénible sont celles qui fournissent le plus de cas.

La pneumonie se développe principalement à l'occasion d'un travail excessif, d'un exercice violent suivi d'un refroidissement; mais il faut que ce refroidissement ait une certaine durée; un froid vif, qui dure au plus une ou deux minutes, excite une réaction salutaire et n'a aucun inconvénient, comme on le voit si fréquemment dans les pratiques hydrothérapiques.

L'ivrognerie, la misère prédisposent à la pneumonie, et surtout la rendent beaucoup plus grave.

Traitement. — *Forme commune.* — J.-P. Tessier avait coutume de prescrire *bryonia* (12e) le jour, et *phosphorus* (12e) la nuit; une potion avec 6 globules pour 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Ce traitement réussit presque constamment. Les premiers jours je prescris *bryonia* (12e) seul, et je le maintiens pendant toute la durée de la maladie, si dès le se-

cond jour du traitement je puis constater une diminution progressive de la fréquence du pouls. Si au contraire, après vingt-quatre, quarante-huit heures, j'observe que les symptômes augmentent de gravité, je prescris *phosphorus* (24e) pour la nuit. Une seule fois j'ai prescrit des gouttes de la 3e dilution et mon malade est mort. Certes, ce n'est pas là une preuve suffisante ; mais l'examen des observations des pneumonies, qui existent dans les annales de l'homœopathie, me semble démontrer que les dilutions élevées ont plus d'action dans le traitement de cette maladie que les dilutions basses. Si le traitement que je viens de décrire est insuffisant et que la maladie s'aggrave de jour en jour, il y a deux médicaments qui ont encore une grande puissance, *arsenicum* et *sulfur.*

Arsenicum est indiqué par la prostration extrême, la pâleur de la face, une dyspnée considérable, la tendance au refroidissement, l'irrégularité du pouls. Ce médicament est extrêmement précieux et m'a rendu les plus grands services dans les pneumonies graves ; je le prescris à la 3e trituration. Une dose toutes les deux heures.

Sulfur convient si le mouvement fébrile est très-violent, avec sueurs ou tendance aux sueurs, face vultueuse. J'ai toujours administré la 6e ou la 12e dilution de ce médicament.

Mais *tartarus emeticus* est un médicament plus important. Je l'ai toujours employé après *bryonia* et *phosphorus*, soit que ces deux médicaments eussent été inefficaces contre l'état général, soit que la lésion seule ait résisté à leur action. Dans le premier cas, l'indication se tire des signes suivants : face rouge, vultueuse ; somnolence ; toux grasse ; dyspnée avec râle et sifflements ; suppression de l'expectoration ou expectoration très-difficile. Dans le second cas, persistance de l'hépatisation, avec catarrhe bronchique et expectoration considérable, mais difficile. *Tartarus* correspond à l'état qu'on a improprement appelé *paralysie du poumon.*

On a encore indiqué *lachesis* et *lycopodium.* Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer ces deux médicaments.

S'il survenait une *métastase* sur le cerveau, *belladone* et *opium* deviendraient les deux principaux médicaments. (Voir le trai-

tement de la méningite.) J'ai vu de très-bons résultats des affusions froides dans cette grave complication. Si la pneumonie a une tendance à passer à l'état chronique, *sulfur* et *iodium* sont les deux médicaments principaux. On variera les dilutions suivant les effets obtenus.

Dans la terminaison par *abcès*, on trouve l'indication d'*hepar sulfuris* (3e trituration); puis de *silicea*, dont on variera les doses de la 6e à la 30e et même a la 200e.

La terminaison par *gangrène* demande *arsenicum*, *lachesis*, et surtout *carbo vegetabilis*.

Traitement de la forme bénigne.— *Bryonia* (12e) suffit à remplir toutes les indications.

Traitement de la forme purulente.—*Bryonia* et même *phosphorus* sont souvent impuissants dans cette forme de la pneumonie. Les cliniciens n'ont pas suffisamment distingué les formes purulentes pour qu'on puisse utiliser leurs observations. Tout à fait au début *aconitum*, (3e trituration), toutes les deux heures, diminue quelquefois l'intensité du mouvement fébrile. J'administre ensuite *arsenicum* alterné avec *bryonia* ou avec *phosphorus*.

Nous trouvons les renseignements suivant dans Richard Hughes :

Chelidonium. Hughes dit que ce médicament est d'une très-importante ressource dans le traitement de la *pneumonie*, surtout quand le poumon droit est affecté et le foie entrepris, Teste pense qu'il est préférable à Bryone dans le cas survenant chez des sujets blonds et d'un tempérament placide. Nous ne garantissons en aucune façon cette indication.

Sanguinaria. Le Dr Hale la préconise dans la troisième période de la pneumonie (hépatisation grise), et la compare avec *phosphorus* et *lycopodium.* Le Dr Drysdale la recommande contre les abcès pulmonaires.

Senega pourra quelquefois être indiqué, surtout quand la toux est irritative et ébranlante.

Veratrum viride est très-préconisé à haute dose en Amérique, contre la pneumonie.

Dans ces derniers temps, on a préconisé le traitement par l'*alcool*. Le Dr Jaccoud a restreint son emploi et a fixé les indications suivantes : état véritablement adynamique, faiblesse et fréquence extrême du pouls, absence de la récurrence palmaire battement cardiaque faible et sourd, dyspnée. L'asphyxie commençante est une contre-indication formelle. On prescrit de 50 à 60 grammes d'eau-de-vie, dans autant d'eau sucrée, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures ; on peut augmenter les jours suivants et atteindre 80, 100 et 120 grammes d'eau-de-vie ; quand le malade va mieux il faut diminuer *graduellement* la dose d'eau-de-vie. Le vin rouge peut remplacer l'eau-de-vie on en prends de 200 à 400 grammes par jour pur ou étendu d'eau.

Les médecins se sont engoués de cette méthode comme de tout ce qui est nouveau. Ils en ont beaucoup abusé. Depuis quelques années nous avons appliqué avec une extrême réserve le vin et l'alcool au traitement de la pneumonie quand ce traitement était *indiqué* et nous n'avons qu'à nous en applaudir.

Régime, soins hygiéniques. — Boissons chaudes, fleurs de mauve, eau de gomme, avec une petite quantité de lait, la diète absolue pendant la période d'augment. Quand le pouls baisse, bouillon de bœuf, qu'on remplace rapidement par des potages. Séjour au lit jusqu'à la chute du mouvement fébrile ; il ne faut même pas lever les malades pour faire leur lit avant ce moment.

CHAPITRE III

PLEURÉSIE

La pleurésie est une maladie caractérisée par l'inflammation de la plèvre. Elle nous offre cinq formes à étudier : *forme commune*, *forme bénigne*, *forme latente*, *forme purulente*, *forme pseudo-membraneuse* ou *pleurésie sèche*. Ces différentes formes présentent des *variétés* de siège : *pleurésie double*, *pleurésie diaphragmatique*, *pleurésie inter-lobulaire*, *pleurésie médiastine*.

L'inflammation de la plèvre est souvent symptomatique ; on l'observe constamment, mais à un degré très-faible, dans la pneumonie et dans les inflammations pulmonaires qui accompagnent le développement des tubercules ; la diathèse purulente, et spécialement la variété puerpérale, s'accompagnent très-fréquemment d'un épanchement purulent dans l'une et quelquefois dans les deux plèvres ; le rhumatisme articulaire aigu a ses pleurésies symptomatiques et métastatiques, la phthisie s'accompagne fréquemment d'épanchement pleurétique avec ou sans granulations tuberculeuses ; la *pleurésie hémorrhagique* est plus fréquente chez les cancéreux; enfin l'inflammation de la plèvre se développe même par la propagation des maladies des organes voisins : péritonite, abcès du foie, etc.

Anatomie pathologique. — Pour faciliter l'intelligence des signes physiques de la pleurésie, nous commencerons notre description par l'étude des lésions.

Au début de l'inflammation, la plèvre présente une injection ecchymotique plus ou moins riche ; les cellules épithéliales et celles du tissu conjonctif prolifèrent et donnent naissance à un produit fibrineux qui tapisse la plèvre, c'est la fausse membrane. En même temps et par suite de l'activité cellulaire, un exsudat fibrineux plus ou moins limité de tout côté par les fausses membranes se collecte dans la cavité pleurale, c'est l'épanchement. Cet épanchement contient habituellement des dépôts pseudo-membraneux plus ou moins abondants.

La fausse membrane de nouvelle formation s'organise et devient vasculaire.

La fausse membrane tapisse les deux plèvres et limite l'épanchement de tout côté, en sorte que le liquide est réellement enkysté. Cette disposition anatomique différencie l'épanchement pleurétique de l'*hydrothorax*; elle explique pourquoi les changements de position du sujet modifient si peu le niveau du liquide ; elle rend compte de l'existence d'épanchements circonscrits qui n'occupent pas toujours la partie la plus déclive du thorax.

Le liquide est tantôt *fibrineux*, tantôt *purulent*, tantôt *séro-purulent*.

Le liquide *fibrineux* appartient spécialement à la forme commune et à la forme bénigne : il est plus ou moins limpide, souvent verdâtre, et il contient une quantité plus ou moins considérable de flocons pseudo-membraneux. Le microscope y rencontre toujours quelques globules de pus.

Le liquide *séro-purulent* est louche, plus ou moins coloré, et il contient une quantité de pus variable qui se dépose dans la partie la plus déclive du kyste pleurétique.

Le liquide *purulent* ressemble quelquefois au pus d'un abcès, d'autres fois il est plus ou moins séreux ; il contient souvent des débris pseudo-membraneux. Comme tous les abcès, le kyste purulent de la plèvre a une tendance à s'ouvrir ; il s'avance par inflammation et par ulcération, soit du côté des bronches, soit du côté de la peau, soit, plus malheureusement, du côté du péritoine ; et souvent il finit par se vider dans l'une ou l'autre de ces directions.

L'épanchement de *sang* avec ou sans caillots que l'on rencontre quelquefois dons la plèvre est dû à une hémorrhagie occasionnée par la rupture des vaisseaux de nouvelle formation qui se rencontrent dans les dépôts fibrineux organisés.

L'épanchement pleurétique a pour effet de comprimer le poumon contre la colonne vertébrale ; de repousser le foie, la rate et le cœur et de dilater la cage thoracique du côté malade en augmentant les espaces intercostaux. Le poumon refoulé par l'épanchement est réduit à la moitié, au quart de son volume ; il est grisâtre et exsangue, recouvert de brides pseudo-membraneuses ; et, quand l'épanchement a duré trop longtemps, il ne peut plus se développer, soit à cause de l'organisation des fausses membranes qui le brident, soit encore par l'effacement des cellules pulmonaires.

Quand la pleurésie guérit, l'épanchement se résorbe d'abord lentement, puis assez vite, puis très-lentement pour la der-

nière partie; le liquide situé à la région la plus déclive est le dernier à disparaître; en même temps les parois du kyste se rapprochent; elles s'unissent d'abord par des ponts pseudo-membraneux, par des brides de plus en plus multipliées, renfermant encore pendant quelque temps des liquides fortement mélangés de débris pseudo-membraneux. Le liquide disparaît complètement; les débris fibrineux, subissant la dégénérescence graisseuse, sont pareillement absorbés; le pus lui-même, quand il ne s'est pas frayé une route au dehors, est résorbé après avoir passé par l'état graisseux; les parois du kyste entrent en contact, adhèrent intimement; et la fausse membrane se transforme en tissu cellulaire, puis à la longue finit par disparaître complètement. Quand la pleurésie a duré un certain temps, le poumon refoulé par l'épanchement, ne revient pas à son volume primitif; l'oblitération du kyste se produit alors en partie par le retrait des côtes; d'où un rétrécissement plus ou moins notable du côté malade, et, chez les jeunes sujets, un abaissement de l'épaule correspondante et une incurvation consécutive de la colonne vertébrale.

I. Forme commune. — Cette maladie débute habituellement d'une manière insidieuse, et pendant les premiers jours, elle n'est caractérisée que par un malaise vague; de petits frissons irréguliers, avec chaleur et agitation nocturnes; une douleur de côté peu violente, siégeant tantôt dans un point du thorax, tantôt dans l'hypochondre; il y a des cas où cette douleur de côté précède tous les autres symptômes pendant huit et quinze jours. Mais le plus souvent, après trois ou quatre jours des malaises que nous avons décrits, la maladie se caractérise par un mouvement fébrile continu, un point de côté plus vif et plus circonscrit, une petite toux sèche et une dyspnée croissante. L'examen du thorax permet alors de constater l'existence d'un épanchement commençant. Rarement, dans la forme commune, la pleurésie débute par un frisson considérable, et constamment le mouvement fébrile manque du malaise qui l'accompagne dans les autres maladies; en sorte que, très-souvent les pleurétiques continuent de se lever les premiers jours; ils

essayent de manger et de continuer leurs occupations; et le plus souvent c'est le médecin qui leur annonce qu'ils sont gravement atteints et qui les engage à garder le lit. Cependant, l'épanchement augmente chaque jour; la douleur persiste; la toux est petite et comme arrêtée par la douleur, souvent elle est peu fréquente; la dyspnée s'accroît en raison de l'épanchement, de la douleur et de la fièvre; elle constitue bientôt le symptôme dominant. Ce mouvement fébrile est continu; le pouls est petit, dur, de 92 à 108, la chaleur fébrile peu élevée.

Habituellement, la maladie continue à s'aggraver pendant tout le premier septénaire et quelquefois une partie du second; enfin l'épanchement s'arrête; habituellement il occupe les trois quarts inférieurs de la cavité du thorax s'élevant un peu plus en arrière qu'en avant; souvent la cavité entière de la plèvre est occupée par l'épanchement. Dans les cas les plus favorables, mais aussi les plus rares, l'épanchement s'arrête à la moitié du thorax. A cette période la dyspnée constitue le symptôme dominant; les malades ne peuvent ni se coucher sur le côté malade à cause de la douleur, ni sur le côté sain, parce qu'ils diminueraient ainsi les mouvements respiratoires du poumon qui leur reste. Couchés sur le dos, mais un peu inclinés sur le côté malade, la tête légèrement élevée, la face pâle, les ailes du nez dilatées, surtout du côté malade, ils sont pris d'accès de dyspnée au moindre mouvement, et si l'épanchement est considérable, s'il est situé à gauche et s'il gêne les mouvements du cœur, ils éprouvent de la lipothymie et peuvent mourir subitement dans une syncope.

La maladie a alors atteint sa période d'*état* et les symptômes vont varier suivant qu'elle doit se terminer par la *guérison*, par la *mort* ou passer à *l'état chronique.*

Terminaison par la guérison. — Le mouvement fébrile diminue; le pouls baisse de quelques pulsations; le sommeil reparaît; l'épanchement après être resté stationnaire plus ou moins longtemps, commence à décroître lentement. Les premiers jours, quand l'épanchement a envahi toute la cavité pleurale, on ne s'aperçoit de la diminution que par le bien-être du ma-

lade, dont la dyspnée diminue graduellement. Enfin, on constate le retour du son dans la région claviculaire, puis dans la fosse sus-épineuse. Chaque jour le niveau de la matité s'abaisse ; en même temps la fièvre disparaît tout à fait ; la toux devient grasse ou est nulle ; le sommeil est bon; l'appétit reparaît ; et la convalescence s'établit lentement, mais définitivement. Dans ce mode de terminaison la durée de la maladie est en général de six semaines.

Terminaison par la mort. — Elle est fort rare dans la forme commune. Nous avons déjà dit qu'elle pouvait avoir lieu par syncope ; elle se produit aussi par asphyxie ; mais jamais la mort n'arrive par la violence du mouvement fébrile dans cette forme.

Passage à l'état chronique. — Cette terminaison est peut-être la plus fréquente. Le mouvement fébrile cesse complètement; la dyspnée diminue ; la toux peut persister ou disparaître : les malades dorment, mangent, se lèvent ; mais les signes stéthoscopiques permettent de constater la persistance de l'épanchement, soit avec son volume primitif, soit notablement diminué. Arrivée à cette période, la pleurésie présente des issues bien diverses.

1° Elle guérit encore très-souvent après deux et trois mois et quelquefois plus ; les symptômes qui persistent le plus longtemps sont la douleur de côté et surtout la dyspnée. La résolution s'opère très-lentement, et souvent après des alternatives de mieux et de plus mal.

2° Elle persiste indéfiniment ; ce cas est fort rare. J'ai vu plusieurs malades qui portaient un vaste épanchement depuis plusieurs années. Ces malades accusaient de la dyspnée, un sentiment de gêne ou de douleur dans le côté malade, ils étaient amaigris ; mais ils pouvaient sortir et travailler, jusqu'à un certain point ;

3° La pleurésie passée à l'état chronique peut amener la mort du malade de différentes manières. Le plus souvent, la maladie éprouve une recrudescence qui augmente l'épanchement, et surtout le transforme en pus. Alors, les malades périssent

comme dans toutes les suppurations internes, lentement, avec la fièvre hectique et les évacuations colliquatives ; ces malades ressemblent considérablement à des phthisiques. D'autres fois, la marche des symptômes redevient aiguë, l'abcès s'ouvre à l'extérieur, ou dans les bronches, ou dans le péritoine, et habituellement les malades succombent plus ou moins rapidement. La propagation de l'inflammation au péritoine et au cœur peut aussi amener cette terminaison. Très-souvent la pleurésie chronique n'est que la première étape de la phthisie pulmonaire ; l'épanchement diminue quelquefois considérablement, mais la fièvre, l'amaigrissement et la dyspnée persistent, et une phthisie, à marche souvent rapide, succède à la pleurésie.

II. Forme bénigne. — Elle débute brusquement par un frisson, un point de côté et un appareil de symptômes d'une apparence bien plus grave que dans la forme précédente.

La maladie marche rapidement ; dès le quatrième jour, elle a atteint sa période d'état et l'épanchement est à son apogée, mais le mouvement fébrile disparaît ; l'épanchement décroît rapidement, et souvent, tout est terminé le septième jour. J'ai observé une marche encore plus rapide et des cas qui ont parcouru toutes leurs périodes en quatre jours. L'épanchement peut être considérable ; mais habituellement il est très-limité ; il est probable que, dans cette forme, les fausses membranes sont peu épaisses, car on ne constate point pendant la convalescence, la matité persistante et le bruit de craquement.

III. Forme latente ou chronique d'emblée. — L'absence du mouvement fébrile caractérise cette forme dont le début échappe presque toujours à l'observation du médecin. Les malades se présentent à notre consultation, accusant un état de dépérissement, avec pâleur de la face, anorexie, un peu de dyspnée, rarement de la toux, mais souvent une douleur vague siégeant dans l'épaule ou dans un hypochondre. L'examen de poitrine fait alors découvrir un épanchement plus ou moins considérable.

Ces malades ne veulent pas croire à l'existence d'une affection sérieuse, et souvent nous avons eu de la peine à leur faire garder le lit. La marche des symptômes est fort lente, et c'est seulement après un traitement persévérant de plusieurs semaines que l'on obtient la résorption de l'épanchement. Je n'ai jamais observé de mort dans cette forme ; mais la résolution peut se faire attendre indéfiniment.

IV. Forme purulente. — Elle est caractérisée par la formation d'un épanchement purulent dès les premiers jours ; elle présente deux variétés, une rapide et qui ressemble beaucoup aux inflammations symptomatiques de la diathèse purulente ; l'autre lente et insidieuse.

Variété à marche rapide.—Cette forme de pleurésie débute par un frisson bien caractérisé, frisson qui revient habituellement pendant les premiers jours ; le mouvement fébrile est intense ; il s'accompagne d'une chaleur considérable avec tendance aux sueurs; le point de côté est violent (ce qu'on n'observe pas dans la diathèse purulente) ; la face est rouge les premiers jours, mais elle ne tarde pas à devenir pâle.

Cette variété de pleurésie purulente marche rapidement ; elle se termine habituellement par la mort, vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du second ; la malignité du mouvement fébrile amène cette fâcheuse terminaison.

Cependant elle peut se terminer par la guérison, soit que l'épanchement subisse la transformation graisseuse et soit résorbé, ce qui est la terminaison la plus favorable ; soit que l'art intervienne par l'opération de l'empyème, ou que l'épanchement purulent se fasse jour par les bronches ou par la peau.

Dans le dernier cas, c'est presque toujours au voisinage de la quatrième ou de la cinquième côte que l'abcès se fait jour. Cette terminaison est annoncée par un œdème, puis par une rougeur qui indiquent la formation de l'abcès sous-cutané. Ces différentes terminaisons peuvent amener des accidents graves, que nous avons déjà exposés à propos de la forme commune.

comme dans toutes les suppurations internes, lentement, avec la fièvre hectique et les évacuations colliquatives ; ces malades ressemblent considérablement à des phthisiques. D'autres fois, la marche des symptômes redevient aiguë, l'abcès s'ouvre à l'extérieur, ou dans les bronches, ou dans le péritoine, et habituellement les malades succombent plus ou moins rapidement. La propagation de l'inflammation au péritoine et au cœur peut aussi amener cette terminaison. Très-souvent la pleurésie chronique n'est que la première étape de la phthisie pulmonaire ; l'épanchement diminue quelquefois considérablement, mais la fièvre, l'amaigrissement et la dyspnée persistent, et une phthisie, à marche souvent rapide, succède à la pleurésie.

II. Forme bénigne. — Elle débute brusquement par un frisson, un point de côté et un appareil de symptômes d'une apparence bien plus grave que dans la forme précédente.

La maladie marche rapidement ; dès le quatrième jour, elle a atteint sa période d'état et l'épanchement est à son apogée, mais le mouvement fébrile disparaît ; l'épanchement décroît rapidement, et souvent, tout est terminé le septième jour. J'ai observé une marche encore plus rapide et des cas qui ont parcouru toutes leurs périodes en quatre jours. L'épanchement peut être considérable ; mais habituellement il est très-limité ; il est probable que, dans cette forme, les fausses membranes sont peu épaisses, car on ne constate point pendant la convalescence, la matité persistante et le bruit de craquement.

III. Forme latente ou chronique d'emblée. — L'absence du mouvement fébrile caractérise cette forme dont le début échappe presque toujours à l'observation du médecin. Les malades se présentent à notre consultation, accusant un état de dépérissement, avec pâleur de la face, anorexie, un peu de dyspnée, rarement de la toux, mais souvent une douleur vague siégeant dans l'épaule ou dans un hypochondre. L'examen de poitrine fait alors découvrir un épanchement plus ou moins considérable.

Ces malades ne veulent pas croire à l'existence d'une affection sérieuse, et souvent nous avons eu de la peine à leur faire garder le lit. La marche des symptômes est fort lente, et c'est seulement après un traitement persévérant de plusieurs semaines que l'on obtient la résorption de l'épanchement. Je n'ai jamais observé de mort dans cette forme ; mais la résolution peut se faire attendre indéfiniment.

IV. Forme purulente. — Elle est caractérisée par la formation d'un épanchement purulent dès les premiers jours ; elle présente deux variétés, une rapide et qui ressemble beaucoup aux inflammations symptomatiques de la diathèse purulente ; l'autre lente et insidieuse.

Variété à marche rapide.—Cette forme de pleurésie débute par un frisson bien caractérisé, frisson qui revient habituellement pendant les premiers jours ; le mouvement fébrile est intense ; il s'accompagne d'une chaleur considérable avec tendance aux sueurs; le point de côté est violent (ce qu'on n'observe pas dans la diathèse purulente) ; la face est rouge les premiers jours, mais elle ne tarde pas à devenir pâle.

Cette variété de pleurésie purulente marche rapidement ; elle se termine habituellement par la mort, vers la fin du premier septénaire ou dans le cours du second ; la malignité du mouvement fébrile amène cette fâcheuse terminaison.

Cependant elle peut se terminer par la guérison, soit que l'épanchement subisse la transformation graisseuse et soit résorbé, ce qui est la terminaison la plus favorable ; soit que l'art intervienne par l'opération de l'empyème, ou que l'épanchement purulent se fasse jour par les bronches ou par la peau.

Dans le dernier cas, c'est presque toujours au voisinage de la quatrième ou de la cinquième côte que l'abcès se fait jour. Cette terminaison est annoncée par un œdème, puis par une rougeur qui indiquent la formation de l'abcès sous-cutané. Ces différentes terminaisons peuvent amener des accidents graves, que nous avons déjà exposés à propos de la forme commune.

Variété à marche lente. — Cette variété ressemble beaucoup à une phthisie à marche rapide ; des frissons répétés, une grande chaleur, des sueurs nocturnes, un amaigrissement et une perte des forces extrêmement rapide, constituent les principaux symptômes de cette variété.

La face est pâle, la dyspnée est considérable ; on observe plus ou moins promptement de l'œdème des malléoles et une diarrhée colliquative qui continuent jusqu'à la mort du malade.

Cette variété se prolonge deux, trois, quatre septénaires et plus ; elle se termine souvent par la mort dans la fièvre hectique avec diarrhée et anasarque. L'empyème est à peu près la seule ressource thérapeutique que nous ayons dans ce cas.

V. Forme pseudo-membraneuse. — Cette pleurésie est caractérisée par l'absence d'épanchement et par une gravité excessive. Il ne faut pas confondre avec cette forme les inflammations bénignes de la plèvre, qui se développent à propos de la pneumonie et de la phthisie.

La pleurésie pseudo-membraneuse est extrêmement rare ; elle s'accompagne d'un appareil fébrile intense, d'une dyspnée considérable, d'un point de côté violent ; ou, dans d'autres cas, de la sensation d'une ceinture douloureuse qui produit une véritable orthopnée. Les signes stéthoscopiques sont ici fort obscurs ; il n'existe point de cause de matité, et la gêne extrême de la respiration empêche de percevoir les bruits respiratoires. Cette forme se termine habituellement par la mort, dans le cours du premier septénaire. A l'autopsie, on trouve la plèvre très-injectée ; il existe une prolifération du tissu cellulaire avec destruction de l'épithélium, qui simule la fausse membrane ; la cavité pleurale contient une ou deux cuillerées de liquide et quelques débris pseudo-membraneux. Il existe une observation de cette forme de pleurésie dans la clinique d'Andral, c'est la 18e ; j'en ai publié une autre dans *l'Art médical.*

Variétés de siége. — La pleurésie peut être *double* et cette circonstance augmente beaucoup sa gravité : toujours un des

épanchements est moins considérable que l'autre. La dyspnée est portée au plus haut point, et les malades périssent suffoqués. La pleurésie peut être circonscrite au diaphragme, à la plèvre interlobaire, au médiastin.

Pleurésie diaphragmatique. — Les signes sont les suivants : orthopnée, qui contraint les malades à garder la position assise, le corps penché en avant ; douleur aux attaches du diaphragme ; deux points douloureux, l'un sur le trajet du nerf phrénique, entre les deux attaches inférieures du muscle sterno-mastoïdien ; le second, situé sur l'intersection de deux lignes, dont l'une suit la direction du bord externe du sternum et dont l'autre continue la portion osseuse de la dixième côte ; ce dernier signe est dû à Gueneau de Mussy. La partie du diaphragme qui correspond à la plèvre enflammée est paralysée, en sorte que, du côté malade, le ventre semble rentrer dans la poitrine à chaque inspiration. Les signes stéthoscopiques sont nuls. Toutes choses égales d'ailleurs, la pleurésie diaphragmatique est beaucoup plus grave que celles qui siégent en un autre point de la plèvre.

La **pleurésie interlobaire** ne peut être diagnostiquée que par exclusion. La clinique d'Andral contient une observation d'une pleurésie purulente localisée en ce point, et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Les symptômes qui accompagnent la pleurésie interlobaire sont la dyspnée, un mouvement fébrile ayant les caractères de celui de la pleurésie, et les phénomènes pathologiques des suppurations internes. L'absence des signes qui accompagnent les maladies du poumon et de la plèvre est dans ce cas un élément précieux de diagnostic.

Pleurésie du médiastin. — Cette variété est fort rare ; elle se reconnaît à une douleur sous-sternale ; quelquefois à la dysphagie ; à une matité plus ou moins considérable dans la même région ; le cœur peut être recouvert par l'épanchement et dans ce cas, il est difficile de distinguer la pleurésie du médiastin de la péricardite.

Signes physiques. — L'*inspection*, la *palpation*, la *mensuration*,

la *percussion* et l'*auscultation* fournissent des signes au diagnostic de la pleurésie.

L'*inspection* fait reconnaître l'immobilité du côté malade ; l'écartement des espaces intercostaux, dont les muscles paralysés par l'inflammation de la plèvre sont repoussés par l'épanchement. La *palpation* permet de constater l'absence des vibrations produites par la parole dans le côté qui est le siége de l'épanchement. Ce signe est d'une importance capitale ; il est le seul qui puisse faire distinguer la pleurésie de cette terminaison particulière de la pneumonie qu'on a appelée *pneumonie caséeuse*, et de toutes les indurations du tissu pulmonaire. La palpation fait reconnaitre aussi le déplacement du cœur, du foie et de la rate. La *mensuration* fournit la preuve de l'agrandissement du côté, et de son retrait après la guérison. La *percussion* donne une matité *relative* les premiers jours, *absolue* un peu plus tard, quand l'épanchement est considérable ; en même temps on constate une sonorité exagérée dans les points du poumon situés au-dessus de l'épanchement. Ce signe découvert par Skoda se rencontre principalement au niveau de la clavicule.

La *matité* de la pleurésie affecte une forme déterminée qui limite exactement l'épanchement ; le plus souvent elle suit une courbe à convexité supérieure, dont la partie la plus élevée existe en arrière, l'une des branches partant de la gouttière vertébrale et l'autre du sternum. Les variations de niveau de la matité correspondent aux variations de la quantité de l'épanchement. La percussion indique encore le déplacement du cœur, de la rate et du foie. Ce dernier déplacement est souvent considérable. L'*auscultation* donne plusieurs signes, dont la valeur séméiotique n'est pas encore aussi rigoureusement fixée que celle des signes fournis par la percussion. Souvent, dès le premier jour, on perçoit un *bruit de souffle*. Ce bruit de souffle s'entend surtout en arrière ; il est superficiel et a un ton plus élevé que le souffle de la pneumonie ; l'habitude seule permet de les distinguer l'un de l'autre. A ce bruit correspond une *bronchophonie* à timbre aigu. Le bruit de souffle de la pleurésie peut persister autant que l'épanchement ; il peut disparaître

quand l'épanchement est trop considérable ou la douleur trop forte, pour reparaître ensuite ; c'est le bruit *du souffle de retour;* il annonce la résolution de l'épanchement. Dans des cas plus rares, *l'absence du bruit respiratoire* est le seul signe fourni par l'auscultation pendant toute la durée de la pleurésie. L'*égophonie* s'entend aux limites supérieures de l'épanchement ; c'est un retentissement chevrotant de la voix, dont le timbre est habituellement plus aigu ; quand le timbre est plus bas, c'est la *voix de Polichinelle.* On a signalé au début de la pleurésie un *bruit de crépitation* fort analogue au *râle crépitant* ; il s'en distingue parce que les bulles plus sèches sont moins nombreuses et ne viennent point par bouffées. Le *craquement* ou bruits de *cuir neuf* est le signe de la résolution complète de l'épanchement ; il s'entend principalement à la région latérale et inférieure de la poitrine ; on le constate encore par l'application de la main ; quelquefois les malades le perçoivent eux-mêmes.

Dans des circonstances encore mal déterminées, on a constaté dans des points circonscrits l'existence de *bruits caverneux*: râles, souffle et pectoriloquie. Le rétablissement complet et rapide des malades a permis de constater que dans ces cas il n'existait aucune excavation du tissu pulmonaire.

Longtemps après la guérison, le côté qui a été malade est le siége d'une matité relative, et la respiration y est plus obscure.

Etiologie. — Les circonstances qui prédisposent à la pleurésie sont toutes les causes d'affaiblissement, et en particulier l'état de convalescence, les grossesses multipliées et l'allaitement prolongé,

Les causes occasionnelles font souvent défaut. On cite les violences extérieures ; un refroidissement prolongé ; l'ingestion d'une boisson glacée le corps étant en sueur, un refroidissement pendant le sommeil chez les personnes qui couchent dehors, ou sous les tentes, ou les fenêtres ouvertes pendant l'été. Nous avons constaté bien des fois que cette maladie était

surtout fréquente par une température élevée : c'est une maladie d'été.

Traitement. -- *Forme commune.* — Au début, le médicament principal est *aconitum* ou *bryonia*, suivant que le symptôme dominant est un mouvement fébrile intense ou un point de côté très-douloureux. Mais il ne faut pas insister longtemps sur l'un ou l'autre médicament, et dès le troisième ou quatrième jour, quand l'épanchement est formé, il faut prescrire *cantharis*, 3e dilution, trois gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux ou trois heures. Ce médicament doit être continué plusieurs jours, et s'il ne s'est pas produit d'amélioration rapide, il faut descendre à la 2e, à la 1re dilution et même à quelques gouttes de la teinture mère. Il existe des observations nombreuses de guérison par cette dernière dose, mais dans notre pratique, la 3e dilution nous a presque toujours suffi. Nous recommandons aux médecins d'insister longtemps sur l'usage de la cantharide. Il ne faut pas oublier, en effet, que les allures de la pleurésie sont toujours lentes et qu'à maladie chronique il faut une thérapeutique chronique.

Arsenicum, *iodium*, *sulfur*, *senega*, *hepar sulfuris*, *apis mellifera* sont encore indiqués dans la période d'état de la pleurésie.

Arsenicum est particulièrement indiqué quand il y a sentiment de grande faiblesse et tendance à la lipothymie ; il peut être administré intercurremment avec *cantharis*. La 12e dilution suffit habituellement. Les autres médicaments n'ont pas d'indications aussi précises ; on les emploie habituellement lorsque *cantharis* a échoué ; j'ai eu un succès très-rapide par *apis*, 3e dilution. Le Dr Gallavardin a donné les indications suivantes pour *senega* et *hepar sulfuris*. *Senega* est indiqué contre la pleurésie subaiguë ou tout à fait chronique; surtout contre celle qui complique une affection du cœur, une phthisie ou une cachexie quelconque. La tendance à l'anasarque est le signe caractéristique de ce médicament. *Hepar sulfuris* convient principalement contre l'épanchement purulent et séro-purulent, principalement dans la pleurésie qui dure déjà depuis longtemps et qui tourne à la phthisie. Les premières atténuations.

ou la substance elle-même, sont recommandées par plusieurs auteurs.

Asclepas tuberosa. Connu vulgairement sous le nom de *racine à pleurésie*, sa pathogénésie semble l'indiquer. Elle présente : douleurs allant en augmentant, rendant la respiration pénible, spécialement à la base du poumon gauche, qui est mat à la percussion, tandis que la toux est sèche et spasmodique. La douleur est très-aiguë au côté droit et paraît avoir son siége dans la plèvre.

Quand le malade est menacé d'*asphyxie* par la marche rapide de l'épanchement ou par une bronchite concomitante, *arsenicum* est encore indiqué ; mais si le médicament ne suffit pas, il faut recourir à la *thoracentèse.* Voici comment elle se pratique. On prend un trocart à hydrocèle, dont la canule est munie d'une baudruche mouillée, destinée à jouer le rôle de soupape ; on déplace la peau de manière à détruire le parallélisme de la plaie cutanée et de la plaie profonde, et on enfonce l'instrument du sixième ou septième espace intercostal, dans la région au niveau latérale du thorax. C'est là le lieu d'élection ; seulement il peut être modifié par le siége de l'épanchement et le déplacement des organes. L'appareil de Dieulafoy a singulièrement simplifié l'opération de la thoracenthèse. Nous le recommandons tout spécialement, mais nous recommandons aussi de vider la plèvre *lentement* et de *laisser une certaine quantité de liquide.* Sans cela, le malade sera exposé à une décompression subite ; le sang affluera violemment dans le poumon décomprimé ; d'où congestion pulmonaire, sécrétion surabondante d'un liquide visqueux et asphyxie rapide du malade quelques heures après l'opération. Nous recommandons chacune de ces conditions à l'attention de nos confrères s'ils ne veulent pas éprouver de mécompte par la thoracenthèse. Il faut encore se rappeler que le pleurétique est sujet à la syncope et ne pas trop l'éloigner de la position horizontale pour faire l'opération.

Quand le liquide s'est écoulé, on retire la canule du trocart et on recouvre la petite plaie de *collodion élastique.*

Quand la pleurésie est arrivée à l'état chronique et que l'épanchement s'est transformé en pus, *Hepar sulfurs* et *silicea*

sont les deux principaux médicaments; mais, s'ils restent insuffisants, et si les progrès de la fièvre hectique font craindre une issue funeste, on est encore autorisé à avoir recours à la *thoracentèse;* seulement, dans ce cas, on a grand avantage à se servir du trocart et de la seringue de Guérin, ou même de l'appareil de Dieulafoy ou de celui de Potain ; parce que, quand le pus est écoulé, il est nécessaire de faire des injections iodées. Ces injections, dont les proportions pourront être augmentées dans les opérations suivantes, se composeront d'abord d'un tiers de teindure d'iode sur deux tiers d'eau avec iodure de potassium, quantité suffisante pour que l'iode reste dissous : ici, comme pour les kystes de l'ovaire, nous conseillons de ne pas laiser de canule à demeure ; mais plutôt de renouveler l'opération quand l'épanchement se sera reproduit. Mais la ponction de la cavité pleurale suivie des lavages les mieux faits reste souvent insuffisante ; la suppuration devient infecte, la fièvre augmente, le malade s'affaiblit, il faut alors sans hésiter avoir recours à l'*opération de l'empyème.* Une large ouverture pratiquée en longeant le bord supérieur de la huitième côte ouvre la plèvre et donne écoulement au pus. On maintient la plaie ouverte à l'aide d'une grosse sonde en caoutchouc, et on fait deux et trois fois par jour des lavages avec de l'eau alcoolisée dans la proportion d'un cinquième, d'un quart, puis de moitié d'alcool.

Traitement de la pleurésie purulente. — Son traitement est fort peu avancé. Au début, il faut insister sur *aconitum*, 3e trituration ou même *teinture mère*; si ce médicament ne réussit pas à enrayer la maladie, il est probable qu'elle aura rapidement une issue funeste. *Arsenicum* sera administré ensuite, puis *hepar sulfuris*, lorsque les accidents aigus seront passés. L'opération de l'empyème ne devra être pratiquée que si le mouvement fébrile arrive à la période décroissante. Nous n'avons aucune expérience en *clinique* sur le traitement de la forme *pseudo-membraneuse. Bryonia* et *cantharis* nous paraissent indiqués par les symptômes et la lésion.

Le traitement de la *forme bénigne* demande les premiers jours

aconitum puis *bryonia*. La *forme latente* guérit le plus souvent par *cantharis ;* on devrait essayer ensuite *apis*, *senega*, *iodium* et *sulfur ;* quelquefois la thoracentèse est nécessaire.

Soins hygiéniques. — Le médecin ne doit pas oublier que les malades atteints de pleurésie sont menacés de la mort par syncope ; il faut donc leur faire garder la position horizontale aussi longtemps qu'existe une tendance à la lipothymie. Les malades éviteront surtout les mouvements brusques ; car il y a des malades qui sont morts en s'asseyant sur leur lit, en mettant pied à terre, en montant en voiture.

Dans la période d'état, du bouillon, du lait composeront le régime ; la quantité des aliments sera augmentée graduellement, à mesure que la fièvre tombera et que l'appétit reviendra.

Nous n'avons point consacré un chapitre spécial à la *pleuropneumonie*, c'est-à-dire à la maladie caractérisée par l'existence simultanée de l'hépatisation d'un ou de plusieurs lobes du poumon et d'un épanchement notable dans la plèvre du même côté ; ces deux lésions s'excluent habituellement. Dans le seul cas dont je me souvienne et qui est consigné dans la *clinique* d'*Andral*, l'épanchement était limité à la région inférieure de la plèvre, tandis que l'hépatisation siégeait sur le lobe supérieur du poumon. Ce sont là des raretés pathologiques, et qu'il suffit de signaler, mais qu'on ne peut pas décrire dans un livre élémentaire.

CHAPITRE IV

HYDROTHORAX

C'est l'hydropisie de la plèvre. Cette lésion, commune à plusieurs maladies, est caractérisée par l'épanchement d'une sérosité limpide, sans destruction de l'épithélium de la plèvre, sans formation de fausses membranes. Ce liquide non enkysté est toujours placé dans le point le plus déclive, et son niveau supérieur varie avec la position du malade. Habituellement l'hydrothorax est double ; la quantité du liquide se modifie avec les

progrès de la maladie dont cette hydropisie est un symptôme. Les signes physiques de l'hydrothorax sont les mêmes que ceux de la pleurésie, avec cette différence que le niveau de la matité change avec la position des malades ; que le souffle bronchique est extrêmement rare, et qu'il n'existe guère que dans la gouttière vertébrale.

L'*hydrothorax* survient dans les mêmes conditions pathologiques, que l'*anasarque*. Cette lésion indique principalement *arsenicum*, *digitalis*, *senega*, *iodium*, *china*.

CHAPITRE V

PNEUMO-THORAX ET HYDRO-PNEUMO-THORAX

Cette lésion est caractérisée par un épanchement de liquide et de gaz dans la cavité pleurale, est presque constamment liée à la perforation d'une caverne tuberculeuse. Cependant on peut rencontrer des gaz dans la plèvre : 1° dans les cas de traumatisme : plaie pénétrante, fracture de côté, opération de l'empyème ; 2° rupture des vésicules pulmonaires emphysémateuses ; 3° développement spontané de gaz dans un empyème ; 4° ouverture d'un abcès ou d'une gangrène du poumon dans la plèvre.

Nous remarquerons que lorsque de l'air s'est introduit dans la plèvre en l'absence de tout épanchement, ce qui constitue le *pneumo-thorax*, l'irritation produite par le contact de l'air ne tarde pas à faire naître un épanchement, en sorte que le *pneumothorax* se transforme en *hydropneumothorax*.

Les signes de cette lésion sont la dyspnée excessive, un point de côté violent, une sonorité très-exagérée dans la région supérieure, avec une matité absolue dans la région correspondante à l'épanchement, le tintement métallique, les râles métalliques, le souffle amphorique, le bruit de flot produit par la succussion des malades.

Le **traitement** est à peu près nul. *Bryonia* contre le point de

côté ; puis les médicaments de la phthisie ou de l'empyème; enfin la thoracentèse. La vie peut se prolonger longtemps avec cette lésion, et la guérison n'est pas impossible.

CHAPITRE VI

PLEURODYNIE

Sous ce nom on doit entendre une douleur des plans musculaires du thorax analogue au torticolis et au lumbago. C'est donc une affection goutteuse.

La pleurodynie est caractérisée par une douleur occupant un des côtés de la poitrine ; douleur qui augmente par les mouvements respiratoires et par ceux du tronc. La pression *en masse* des muscles douloureux augmente habituellement, mais non toujours, cette douleur.

La pleurodynie se distingue de la douleur intercostale parce qu'elle occupe une région plus étendue ; parce qu'elle alterne avec d'autres myalgies ; mais surtout parce qu'elle ne présente jamais les *points* douloureux propres à la névralgie.

Traitement. — *Arnica*, *bryonia, actea racemosa* et *nux vomica* sont les principaux médicaments.

Arnica douleur de contusion, douleur augmentant par le mouvement mais surtout par la pression.

Bryonia douleur par le mouvement, douleur calmée par une large pression et en particulier par le décubitus sur le côté malade.

Nux vomica convient au contraire quand le malade ne peut se coucher sur le côté douloureux.

Actea racemosa très-recommandé par Richard Hughes contre les douleurs musculaires, nous a réussi dans les cas où les symptômes indiquaient bryonia et que cependant ce médicament avait échoué ; un état de faiblesse partant du creux épigastrique est caractéristique pour actea racemosa.

Les doses doivent être les très-basses dilutions ; Richard. Hughes recommande la 1re au 10e.

CHAPITRE VII

HÉMOPTYSIE

L'hémorrhagie des poumons et celle des bronches donnent lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant, qui a reçu le nom d'hémoptysie quand il est rejeté en dehors. Si l'écoulement du sang est peu abondant, le malade *crache le sang* ; mais, lorsque l'hémorrhagie est considérable le sang arrive à flot par la trachée, et le malade semble *vomir le sang*.

L'hémoptysie est un symptôme commun à un grand nombre de maladies et de lésions : tubercules pulmonaires, apoplexie pulmonaire, affections de la valvule mitrale, catarrhe chronique avec dilatation des bronches, purpura hemorrhagica, fièvres éruptives ou continues. L'hémoptysie joue fréquemment le rôle d'hémorrhagie supplémentaire, au même titre que l'épistaxis, dans la maladie hémorrhoïdaire et chez les femmes dont les règles sont supprimées. L'hémoptysie supplémentaire des règles peut remplacer les règles pendant un temps quelquefois fort long, soit que les règles aient été supprimées par une circonstance physiologique comme la grossesse ou l'allaitement ; soit qu'il s'agisse d'une aménorrhée véritable. Dans d'autres cas, chez des femmes disposées aux hémorrhagies et le plus souvent chez des femmes hémorrhoïdaires, on observe à la fois ou alternativement et à courte échéance, des règles très-abondantes, des flux hémorrhoïdaires et des hémoptysies.

L'hémoptysie peut exister en dehors des circonstances que nous venons d'énumérer et constituer une *maladie essentielle*.

L'hémoptysie présente quatre variétés principales :

I. HÉMOPTYSIE FOUDROYANTE. — Le sang est rutilant, il s'é-

chappe à flot par la bouche et par le nez ; il remplit les bronches, pénètre dans l'estomac, et le malade périt par syncope. C'est le symptôme de la rupture d'un anévrysme de l'aorte.

Cette hémoptysie foudroyante s'observe encore dans les cas de phthisie tuberculeuse, quelquefois au début et le plus souvent pendant la période d'état de la maladie.

II. L'HÉMOPTYSIE ABONDANTE présente deux sous-variétés :

a.) 1re *sous-variété.* — Le sang est rutilant et écumeux. Il est expulsé par la toux et par une sorte de vomissement ; en quelques minutes le malade perd 200, 300, 500 grammes de sang ; et, après un repos variant d'un quart d'heure à quelques heures, l'hémorrhagie recommence. La mort peut survenir par syncope après quelques heures ; mais le plus souvent les malades résistent et l'hémorrhagie s'arrête. Cette variété est presque toujours symptomatique de la phthisie pulmonaire, tantôt comme symptôme initial, tantôt comme symptôme de la période d'état.

Cette même variété d'hémoptysie se retrouve encore dans les cas d'hémorrhagie supplémentaire.

Enfin on observe cettte forme d'hémoptysie comme maladie essentielle. Dans ce cas, elle se produit habituellement plusieurs fois pendant la vie des malades et reste rarement à l'état d'accès isolé

b.) 2e *sous-variété.* — Le sang est toujours abondant, mais il est beaucoup plus foncé que dans le cas précédent et à peine écumeux, c'est le signe habituel d'une affection de la valvule mitrale et aussi, d'après Niemeyer, de la rupture d'une artère dans une caverne tuberculeuse. C'est aussi le caractère des hémoptysies des fièvres graves, à forme hémorrhagique : variole ou scarlatina, et purpura.

III. HÉMOPTYSIE PETITE. — Cette variété présente aussi une sous-division.

a.) 1re *sous-variété.* — Le sang est rutilant, écumeux, mais

expectoré par crachats isolés. C'est l'hémoptysie de la phthisie pulmonaire à sa période d'état.

b.) 2e *sous-variété.* — Le sang est expectoré par crachats isolés, mais il est foncé et non écumeux. C'est le signe d'une affection du cœur ; nous avons encore rencontré cette variété dans le catarrhe chronique avec bronchectasie chez les hémorrhoïdaires.

IV. Hémoptysies périodiques et hémoptysies habituelles. — Indépendamment de ces variétés d'hémoptysies fondées sur l'abondance et la couleur du sang expectoré, la séméiotique distingue encore des variétés dépendantes de la durée et du type de l'hémorrhagie.

Ainsi les hémoptysie vicariantes, c'est-à-dire symptomatiques de l'aménorrhée, apparaissent, comme les règles, à époque fixe chaque mois. Ainsi, dans la forme de la phthisie pulmonaire que nous avons appelée *hémoptoïque*, les crachements deviennent *habituels*, et on observe des malades qui ont des hémoptysies presque quotidiennes pendant deux ou trois mois. Il faut tenir grand compte de ces deux variétés, *périodiques* et *habituelles*, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement.

Indications thérapeutiques tirées des diverses variétés de l'hémoptysie. — Quand l'hémoptysie est *foudroyante*, il n'y a pas à songer à une action médicamenteuse, on doit redresser le malade, le tenir près d'une fenêtre ouverte et pratiquer la ligature des membres à l'aide d'une bande un peu large, nouée comme pour faire la saignée, mais placé à la racine des membres. Si ce moyen réussissait, on ne relâcherait les bandes que successivement et progressivement, car la grande quantité de sang retenu dans les membres par cette ligature venant à rentrer tout à coup dans la circulation pourrait reproduire l'hémorrhagie. En même temps on doit appliquer de la glace sur la poitrine, ou à son défaut, une serviette fortement mouillée d'eau froide et sans cesse renouvelée. L'*arnica* serait le remède principal si on avait le temps de l'appliquer.

Dans les hémoptysies moyennes composées de sang rouge et écumeux, *ipéca*, *millefolium*, *ledum palustre* et *aconitum*, sont les médicaments principaux.

Dans les *petites hémoptysies*, *millefolium* et *aconitum* sont encore les médicaments principaux quand le sang est rutilant, et *nux vomica* quand le sang est noir.

Phosphorus est le médicament principal dans les hémoptysies qui sont liées aux fièvres graves.

Ferrum perchloricum a été donné d'une manière empirique contre les hémoptysies abondantes et rebelles, mais presque toujours à fortes doses, 15 et 20 gouttes de perchlorure à 45° dans une potion de 200 grammes. Il nous a donné quelques succès dans l'*hémoptysie habituelle.*

Reprenons maintenant chacun de ces médicaments et tâchons, à l'aide de la matière médicale pure et de la clinique, d'en fixer les indications.

Aconitum est le médicament des congestions et des hémorrhagies dites actives. Le sang est rouge, écumeux et abondant, avec une toux incessante. La poitrine est le siége d'une chaleur et d'un bouillonnement caractéristique ; la face est rouge, les yeux brillants, le pouls précipité et dur. Le malade anxieux.

Hartmann le recommande encore dans un état opposé de la circulation : « Pouls faible, filiforme, à peine sensible ; face pâle exprimant l'angoisse. »

L'*aconit* a été souvent employé avec succès dans l'hémoptysie tuberculeuse, dans celle qui accompagne les affections du cœur et pendant la grossesse ; pour nous, la caractéristique de ce médicament se tire des symptômes de congestion active dans les poumons, de l'anxiété, de l'agitation, et des deux états du pouls signalés plus haut. Nous prescrivons les basses dilutions, répétées très-souvent dans les hémoptysies abondantes, et nous éloignons les doses à mesure que les accidents diminuent.

Arnica est un médicament populaire, il est principalement indiqué par une hémoptysie abondante, composée de sang noirâtre avec caillots. L'état lipothymique ne fait que confirmer son emploi.

Il convient surtout dans les hémoptysies liées aux affections

du cœur ou au traumatisme. La 6e dilution est celle qui a été le plus souvent employée. J'ai prescrit la teinture mère avec un succès relatif.

Millefolium est peut-être le médicament le plus employé dans le traitement de l'hémoptysie. C'est par excellence un médicament fidèle, ce qui veut dire qu'il justifie presque toujours les indications fournies par la matière médicale.

Le *millefolium* est surtout indiqué contre les hémoptysies moyennes et petites des tuberculeux. Le sang est rouge, écumeux et est expectoré sans grand effort de toux; on l'alterne souvent avec *ipeca.*

On a également employé avec succès le *millefolium* dans les hémoptysies cardiaques et dans les hémoptysies supplémentaires.

Le *ledum* est indiqué par une hémoptysie abondante; l'expulsion de sang rouge et écumeux, accompagnée d'une toux violente avec quintes, et provoquée par un chatouillement dans la trachée-artère et dans le larynx; le sang est rouge et le pouls fort.

Ipeca, dont la vertu curative des hémorrhagies a d'abord été constatée dans le traitement de la dysentérie, convient dans les hémoptysies abondantes précédées d'un sentiment de bouillonnement dans la poitrine. L'observation nous a appris qu'il était quelquefois bon d'alterner ce médicament avec millefolium. Nous donnons les basses dilutions.

Indépendamment de la médication, il y a des indications hygiéniques qu'il faut remplir et que nous rappelons ici.

Une chambre bien aérée et pas trop chaude; la situation élevée de la tête et de la poitrine; les pieds chauds; les aliments et les boissons froides; le régime lacté, s'il est supporté par le malade, ou au moins le régime maigre, constituent des adjuvants très-utiles.

CHAPITRE VIII

APOPLEXIE PULMONAIRE

On donne ce nom à l'hémorrhagie interstitielle du tissu pulmonaire. C'est une lésion presque exclusivement propre à l'affection de la *valvule mitrale*. Anatomiquement, elle est caractérisée par des noyaux bien circonscrits, formés par l'infiltration du sang épanché dans le tissu pulmonaire. Ces noyaux présentent une coloration noire ; à la coupe, il offrent une surface grenue comme dans l'hépatisation.

Les symptômes sont : la dyspnée, une petite toux et une hémoptysie plus ou moins abondante. Habituellement le sang de cette hémoptysie est plus ou moins foncé, visqueux, et dans quelques cas il ressemble aux crachats de la pneumonie. Quand l'hémorrhagie est plus abondante, le sang devient rutilant et spumeux.

Si les noyaux hémoptoïques sont volumineux, l'auscultation permet de constater un bruit de souffle et du râle crépitant.

Pour le **traitement**, je renvoie au chapitre de l'*hemoptysie*.

CHAPITRE IX

PHTHISIE PULMONAIRE

La phthisie pulmonaire est une affection scrofuleuse caractérisée principalement par la formation de tubercules dans le tissu pulmonaire.

Le *tubercule* est un produit morbide du genre des tissus *hétérologues* (1), c'est-à-dire sans analogie avec les tissus physiolo-

(1) Nous avons déjà démontré que les tissus morbides, bien que composés d'*éléments analogues* aux éléments histologiques normaux, constituaient néanmoins des *tissus hétérologues*, c'est-à-dire tout-à-fait différents des tissus physiologiques. (Jousset, *Histologie générale, Etude critique sur Virchow et la pathologie cellulaire.* Paris, 1870.)

giques; il se développe dans le poumon, soit aux dépens du tissu conjonctif, soit par la transformation d'un plasma épanché. Dans le premier cas il affecte la forme arrondie et isolée : c'est la *granulation* tuberculeuse, le vrai tubercule des micrographes modernes; dans le second cas il est par masse irrégulière : c'est le *tubercule infiltré* de Laënnec; il succède souvent à l'inflammation ; c'est la *pneumonie caséeuse* des modernes, dont l'École allemande s'est efforcée de faire une maladie à part, complètement distincte de la phthisie tuberculeuse. Nous n'acceptons pas cette distinction, parce que la *pneumonie caséeuse* appartient à la même maladie que la granulation tuberculeuse, parce que les éléments histologiques sont sensiblement les mêmes dans les deux lésions, parce qu'enfin les caractères macroscopiques sont absolument identiques.

Le tubercule est un tissu à peine organisé et qui conclut rapidement au ramollissement, c'est-à-dire à la mort. Il est composé de petits éléments cellulaires de 0,006 à 0,087 de millimètre de diamètre, pressés les uns contre les autres et réunis par une substance finement granulée et irrégulièrement fibrillaire.

La phthisie est constituée par un grand nombre de symptômes et de lésions; elle constitue un tout bien dessiné et doit être décrite comme une espèce morbide, au même titre que la méningite de la base, la coxalgie ou le mal de Pott. Aussi nous verrons qu'elle présente des formes distinctes.

Nous avons dit que la phthisie était une affection scrofuleuse, cependant il faut savoir que l'on rencontre des tubercules du poumon dans d'autres maladies. Le fait est malheureusement trop fréquent dans le diabète et des recherches toutes récentes tendraient à faire admettre une phthisie tuberculeuse dans la dartre et dans la goutte.

La phthisie diabétique est essentiellement une phthisie cachectique, c'est la tuberculisation ultime que l'on observe chez des malades épuisés par une longue maladie, et nous la rapprocherons volontiers de ces lésions du rein (sclérose et dégénérescence amyloïde) que l'on observe à la fin de tant de cachexies.

Nous séparons nettement, avec l'école de Laënnec, la phthisie

véritable de la consomption due à la fonte de gommes syphilitiques, ainsi que celle qui accompagne le catarrhe chronique compliqué ou non d'ulcération simple du tissu pulmonaire.

Les raisons qui nous portent à faire de la phthisie une affection scrofuleuse au lieu d'une *diathèse tuberculeuse*, sont les suivantes : 1° les scrofuleux engendrent des phthisiques et réciproquement; 2° on rencontre presque constamment chez les phthisiques des commémoratifs qui se rapportent à la scrofule; 3° dans la phthisie, il n'y a pas, comme dans les diathèses, unité de produit morbide. A côté du tubercule il faut placer l'*ulcération non tuberculeuse*, lésion essentiellement scrofuleuse, que l'on rencontre constamment sur les membranes muqueuses, respiratoires et intestinales chez les phthisiques. Il faudrait peut-être ajouter à l'*ulcération* la *pneumonie caséuse*, s'il était démontré que cette lésion est différente du tubercule ; 4° le caractère de chronicité qu'on a voulu attribuer à la phthisie scrofuleuse, considérée comme distincte de la phthisie tuberculeuse, est complètement faux ; les scrofuleux les plus incontestables, les écrouelleux, sont sujets à la phthisie aiguë et à la phthisie hémorrhagique ; et les sujets qui ne présentent que des signes douteux de scrofule ou même qui n'en présentent pas du tout, peuvent être atteints de phthisie chronique.

Division. — La phthisie se présente sous quatre formes ; la *forme commune*, la *forme hémorrhagique*, la *forme chronique*, la *forme maligne* (phthisie miliaire, phthisie galopante). Indépendamment de ces formes, on observe encore la phthisie pulmonaire comme accident ultime dans la cachexie scrofuleuse.

1. Forme commune. — Elle présente deux variétés, l'une à marche lente, l'autre à marche rapide.

1re *Variété.*— Forme commune, à marche lente, est celle que l'on rencontre plus fréquemment; elle a servi de type à la description de la maladie. Nous décrirons trois périodes : une période de début, une période d'état et une période de cachexie.

Début.— Il est variable; quelquefois la maladie succède à un rhume ou à une série de rhumes, dont le dernier se prolonge indéfiniment, d'où le nom de *rhume négligé* donné à la maladie; mais le plus souvent la phthisie débute insensiblement par une petite toux sèche qui n'est ni précédée ni accompagnée de coryza. Un caractère plus décisif est un commencement d'amaigrissement et de diminution des forces qui précède la toux souvent de plusieurs mois ; les malades présentent fréquemment à cette période de l'*enrouement* et des *crachements de sang*. Il ne faut jamais manquer de s'enquérir de ces deux symptômes chez un malade atteint d'une toux suspecte, parce qu'ils ont, le dernier surtout, une grande valeur diagnostique. Cette période peut se prolonger plusieurs mois avec des améliorations ou des aggravations de la toux; le reste de la santé se maintient dans un état supportable ; l'appétit est quelquefois conservé ; les malades se livrent à leurs occupations habituelles; seulement ils maigrissent sensiblement et leur pouls acquiert une fréquence maladive. A cette période l'auscultation permet de constater une diminution de la sonorité de l'un des deux sommets, en même temps la respiration est un peu plus rude, l'expiration plus longue, l'inspiration quelquefois saccadée; mais il importe de savoir que le plus souvent ces signes sont fort peu tranchés et par conséquent n'ont pas toujours une grande utilité pour le diagnostic.

Période d'état. — La toux devient plus fréquente et plus grasse, bien que l'expectoration soit encore nulle ou à peu près nulle dans le commencement de cette période. La toux est quinteuse, elle est souvent excitée par un chatouillement dans le larynx avec effort de vomissements ou même vomissements de glaires le matin, d'aliments après les repas. Quelquefois ce dernier symptôme est tellement marqué qu'il empêche les malades de se nourrir. Le sommeil est troublé par la toux ; l'appétit est souvent diminué, quelquefois conservé ; l'amaigrissement et la perte des forces font des progrès lents, mais continus ; plus tôt ou plus tard, une *dyspnée* notable s'établit et devient habituelle; d'ordinaire des *hémoptysies* plus ou moins abondantes repa-

raissent à époques irrégulières ; mais le plus souvent elles diminuent de fréquence avec les progrès de la maladie. L'*expectoration*, que nous avons dit être nulle ou à peu près au commencement de la maladie, s'établit peu à peu et devient extrêmement abondante. Composée au début de mucus filant plus ou moins clair, elle revêt bientôt des caractères tout particuliers. Les crachats deviennent plus épais et présentent des stries jaune foncé, composées de cellules atrophiées et ratatinées. Bientôt l'examen microscopique permet de constater dans les crachats des débris de *fibres élastiques* reconnaissables à leur aspect contourné, à leurs divisions dycholomiques ; ces crachats sont pathognomiques. A une période plus avancée, l'expectoration présente un aspect encore plus caractérisé. Si on la recueille dans un vase on la trouve composée de deux parties : l'une liquide, filante, plus ou moins écumeuse ; l'autre solide, composée de crachats opaques, non aérés, blancs ou gris, constituant de petites masses arrondies (crachats *nummulaires*), qui gagnent le fond du vase ; ils présentent comme caractère microscopique des globules de pus en voie de transformation graisseuse ; des corpuscules irréguliers et anguleux, mêlés à des détritus finement granulés et à des fibres élastiques provenant des alvéoles. La maladie se prolonge ainsi pendant des mois, s'améliorant en été, s'aggravant en hiver ; et en somme s'avançant toujours vers son terme fatal. Après un an ou dix-huit mois, des symptômes plus graves commencent à se montrer, ce sont la fièvre, la diarrhée, et un état d'affaiblissement qui force le malade à suspendre ses travaux. Le mouvement fébrile affecte un terme intermittent quotidien plus ou moins régulier. Il débute dans l'après-midi par un sentiment de froid porté souvent jusqu'au frisson ; la chaleur succède avec rougeur des pommettes ; et, dans la nuit, une sueur abondante termine l'accès fébrile. Cette fièvre, tantôt plus faible tantôt plus forte, ne s'accompagne pas d'un malaise comparable à celui des autres fièvres ; elle permet au malade de rester levé, de travailler jusqu'à un certain point et surtout de manger. Les sueurs sont surtout abondantes pendant le sommeil ; elles occupent presque exclusivement la tête, le cou et le thorax. La diarrhée

est moins constante que le mouvement fébrile, mais elle est très-fréquente ; souvent sans grande douleur.

Les évacuations colliquatives et le mouvement fébrile précipitent la marche de la maladie qui arrive ainsi à la période de *cachexie*. L'amaigrissement est extrême, squelettique ; le coussinet graisseux qui sépare l'ongle de la dernière phalange disparaît entièrement, de là la courbure et la forme particulière qu'affectent les ongles des phthisiques. La diarrhée est continuelle ; les sueurs profuses ; l'expectoration abondante, ressemblant à une purée de pois. Le malade, extrêmement affaibli, se lève de moins en moins ; l'appétit est perdu plus ou moins complètement, une odeur cadavéreuse se produit ; la peau du siége s'excorie et la muqueuse buccale est envahie par le muguet. La *mort* ne tarde pas beaucoup. Quelquefois à cette période, les malades sont pleins d'espérance ; ils font sans cesse de nouveaux projets ; souvent ils demandent à changer de lieu ; puis dans quelques cas ils sont pris d'une sorte de délire qui revêt fréquemment les caractères d'une aliénation tranquille ; une somnolence de plus en plus profonde et un coma ultime terminent doucement leur vie. D'autres fois, les derniers jours des phthisiques sont extrêmement douloureux : une toux incessante qui écorche le larynx et l'arrière-gorge ; un muguet qui rend la déglutiton pénible ; des écorchures et des eschares du siége ; un œdème douloureux de l'un des membres inférieurs ; une insomnie opiniâtre ; et, par-dessus tout, une dyspnée et des accès de suffocation pleins d'angoisses ; la mort enfin, appelée par les assistants et le malade lui-même, vient terminer cette triste existence, soit brusquement par une syncope, soit plus lentement par asphyxie.

Signes physiques. — L'*aspect extérieur* du thorax permet très-souvent de constater une dépression sus et sous-claviculaire ; ce signe a une grande valeur quand il existe d'un seul côté. La *palpation* donne, au début, la sensation d'un *renforcement* des vibrations vocales dans une des régions sous-claviculaires et l'ébranlement du bord droit du sternum par les palpitations dues à l'hypertrophie du cœur droit. Ces deux signes appartiennent au début et disparaissent plus tard.

La *percussion* ne donne pas toujours de signes dès le début de la phthisie; mais aussitôt que la transformation tuberculeuse, la pneumonie interstitielle et la pleurésie pseudo-membraneuse ont envahi une certaine étendue du sommet de l'un des poumons, on constate une *matité relative*. S'il existe une caverne à parois résistantes et située très-près du thorax, la percussion donne une *résonnance métallique;* si la caverne est encore superficielle et qu'elle communique avec une grosse bronche, on entend le sifflement de l'air chassé de la caverne par la percussion, c'est le bruit du *pot fêlé*.

Auscultation. — Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours au début de la phthisie des signes stéthoscopiques extrêmement tranchés.

L'état de plénitude ou de vacuité des cavernes, la pénétration plus ou moins facile de l'air dans la partie malade du poumon fournissent des signes très-variables. L'*obscurité de la respiration*, la *prolongation de l'expiration*, l'*inspiration saccadée*, sont des signes d'une grande valeur; mais l'existence d'*un râle sous crépitant* à bulles grosses et inégales dans le sommet de l'un des poumons est un signe bien plus caractéristique. Les *craquements* secs se rapportent à la pleurésie pseudo-membraneuse qui ne se développe guère qu'autour des tubercules; ils constituent donc un signe indirect de la phthisie. Le *souffle* et la *bronchophonie* s'observent lorsqu'une partie du poumon est très-indurée, soit par une masse tuberculeuse, soit par une pneumonie interstitielle. Les bruits qui ont un *timbre métallique*, la *respiration amphorique*, le *gargouillement*, la *pectoriloquie*, le *tintement métallique*, sont des signes certains de l'existence d'une caverne.

2[e] *Variété*. — Forme commune à marche rapide.—Elle se distingue de la précédente par la succession plus ou moins rapide de tous les symptômes, et par un mouvement fébrile plus marqué; son évolution peut être complète en quelques mois.

Cette variété de phthisie se développe souvent à la suite d'une pneumonie, d'une pleurésie ou d'une bronchite intense;

dans la convalescence de la fièvre typhoïde et surtout de la rougeole; à la suite de couches ou d'un allaitement trop prolongé.

Le mouvement fébrile n'est pas constant au début; mais une fois qu'il est établi, la maladie marche rapidement; la fièvre affecte le type rémittent avec des frissons suivis de chaleur et de sueur profuses; la perte de l'appétit et du sommeil, l'amaigrissement, la perte des forces, la diarrhée, conduisent rapidement le malade à la cachexie et à la mort. Le *pneumothorax* est une complication plus fréquente de cette variété de phthisie.

II. Forme hémorrhagique. Elle est caractérisée par la fréquence et l'abondance des hémoptysies; sa marche est rapide.

La maladie débute par une hémoptysie abondante qui peut se prolonger plusieurs jours de suite. A cette hémorrhagie succède une petite toux sèche avec dyspnée, amaigrissement et accélération du pouls. L'hémoptysie reparaît après un temps variable, mais qui dépasse rarement plusieurs semaines. Chez les femmes, c'est surtout à l'époque des règles que l'hémorrhagie se reproduit. L'écoulement du sang n'est pas chaque fois très-abondant; mais de temps à autre il survient une hémorrhagie considérable qui laisse la malade fort affaiblie. Aux symptômes habituels de la phthisie se joignent les signes d'une anémie profonde et rapide; le plus souvent les malades succombent rapidement par le fait même d'une hémoptysie plus forte que les autres.

III. Forme chronique. — Cette forme est caractérisée par l'absence du mouvement fébrile pendant la plus grande partie de sa durée; par la marche très-lente des symptômes; par des rémissions considérables; par une durée de plusieurs années. C'est la *phthisie périodique* de plusieurs auteurs; on pourrait aussi l'appeler la *phthisie bénigne* parce qu'elle est plus susceptible de guérison que les autres formes, et que le traitement parvient souvent à suspendre la marche des symptômes pendant de longues années. On comprend combien il est important

de tenir compte de cette forme pour juger de la valeur des traitements de la phthisie.

La phthisie chronique débute insensiblement par une toux sèche habituelle qui peu à peu s'accompagne de l'expectoration caractéristique. Les malades peuvent présenter au début, ou dans le cours de la maladie, de véritables rhumes qui donnent à cette forme de la phthisie une certaine ressemblance avec le catarrhe chronique. J'ai vu des cas où pendant plusieurs années les malades ont été sujets à des hémoptysies abondantes; mais ces cas sont les plus rares de tous.

La maladie arrivée à sa période d'état est caractérisée par un amaigrissement notable; une certaine diminution des forces, un peu de dypsnée; une toux grasse habituelle avec expectoration caractéristique; pas de fièvre; conservation de l'appétit et du sommeil; ces malades continuent de vaquer à leurs occupations ; ils présentent des aggravations pendant la mauvaise saison et des rémissions considérables en été. Les signes stéthoscopiques sont extrêmement nets dans cette forme.

La vie peut se prolonger des années et le malade succomber à une affection étrangère à la phthisie ; mais cependant le plus souvent la fièvre hectique se développe et les malades périssent dans la cachexie comme les autres phthisiques.

IV. Forme maligne. — Elle est caractérisée à un moment de sa durée, par une marche extrêmement rapide ; par un mouvement fébrile continu et par la production, dans les deux poumons et souvent dans la plupart des organes, de granulations miliaires. On a appelé cette forme *phthisie aiguë*, mais cette dénomination ne la distingue pas suffisamment de la variété à marche aiguë dans la forme commune ; Trousseau (*Clinique médicale*, t. I), l'appelle *phthisie galopante*, mais cette expression est peu médicale ; Bayle l'avait appelée *phthisie miliaire*, à cause de sa lésion, mais, indépendamment des granulations miliaires, on rencontre souvent les tubercules crus et ramollis de la phthisie ordinaire. Nous avons donc préféré cette expression de *phthisie maligne* parce qu'elle désigne très-claire-

ment une forme de maladie qui le plus souvent, après un début d'une apparente bénignité, se termine brusquement par les accidents les plus formidables.

La phthisie maligne sévit habituellement dans la jeunesse, et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Elle débute presque toujours brusquement ; quelquefois cependant elle est précédée de tous les symptômes d'une phthisie de *forme commune*. Dans certains cas enfin, les sujets qui doivent être atteints par la phthisie maligne sont pris d'une petite toux sèche avec des accès de fièvre tierce ou quotidienne ; accès de fièvre qui cèdent parfaitement au sulfate de quinine. On doit noter encore parmi les prodromes les plus importants, l'amaigrissement, la diminution des forces, et un certain degré de dyspnée.

La maladie débute par un mouvement fébrile intense ; une toux sèche, extrêmement fréquente, et une dyspnée notable ; le mouvement fébrile est souvent rémittent, mais il n'y a pas d'apyrexie complète, et surtout le sulfate de quinine devient tout à fait impuissant ; l'amaigrissement fait des progrès très-rapides ; la langue se sèche ; souvent il survient de la diarrhée ; les malades sont pris de prostration et plus ou moins vite de somnolence et de délire ; ils ont tout l'aspect extérieur des typhoïdes avec lequels on les confond souvent. Seulement il n'y a point habituellement de taches lenticulaires, et les symptômes thoraciques : toux et dyspnée, sont très-prédominants. Nous signalons cependant, en lui en laissant la responsabilité, un cas dans lequel Jaccoud a observé une éruption abondante de taches lenticulaires (*Clinique*). Au commencement l'*auscultation* ne revèle aucun bruit anormal ; et c'est là une signe diagnostic fort important que Jaccoud a découvert et signalé six ans après nous (*Clinique*, 1874) ; plus tard on perçoit ceux qui appartiennent à l'engouement pulmonaire, les râles humides sous-crépitants. Ces bruits ne sont pas plus intenses au sommet, à moins que le début des accidents n'ait été précédé des symptômes de la phthisie commune.

La maladie marche rapidement, la dyspnée devient excessive, et les malades succombent habituellement vers la fin de la troisième semaine ; ils atteignent rarement la sixième. Dans

des cas exceptionnels les malades périssent suffoqués, dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie ces cas constituent une variété *dyspnéique*.

A l'*autopsie* on rencontre une multitude de tubercules miliaires, encore transparents pour la plupart, disséminés dans toute l'étendue du poumon ; un engouement pulmonaire plus ou moins intense accompagne cette lésion.

Le plus souvent on rencontre les mêmes granulations sur les plèvres, le péritoine, sur la pie-mère, la muqueuse intestinale, dans le foie, la rate et les reins.

Anatomie pathologique. — Le développement que nous avons été obligé de donner à la description de la maladie et à son traitement nous forcent d'être court sur ce chapitre.

Le tubercule est un produit morbide sans analogue. Ce produit morbide est de tous le moins organisé, aussi il conclut presque fatalement au ramollissement, c'est-à-dire à la mort. Le tubercule se développe avec ou sans inflammation; dans le premier cas, c'est le tissu cellulaire, la trame même du poumon qui se transforme en tubercule; dans le second cas, c'est l'exsudat inflammatoire.

Le tubercule est un tissu privé de vaisseau, il débute par une granulation grise, demi-transparente ; puis, à mesure qu'il grossit, son centre devient opaque, bientôt il se transforme en *tubercule cru;* alors il est jaunâtre, caséeux, analogue à du mastic de vitrier. Arrivé à ce point, les parties liquides peuvent être résorbées et le tubercule se guérir en passant à l'état *crétacé;* mais le plus souvent il se *ramollit* et produit le pus tuberculeux.

Lorsque des masses tuberculeuses se sont ainsi ramollies, le sommet du poumon se trouve creusé de cavités qui correspondent avec de grosses bronches et constituent les *cavernes tuberculeuses*. Ces cavités sont tapissées d'un membrane pyogénique et entourées d'un tissu pulmonaire qui est souvent le siége d'une inflammation chronique.

Cette inflammation se propage à la plèvre et détermine la formation de fausses membranes qui sont la source des craquements qu'on entend si souvent au sommet de la poitrine chez les phthisiques.

Le tubercule peut être *enkysté* ou *infiltré*; dans ce dernier cas il est toujours le résultat de la transformation d'un exsudat inflammatoire. Les Allemands ont donné à cette variété du tubercule le nom de *pneumonie caséeuse;* et par cette dénomination barbare, ils ont failli compromettre l'histoire de la phthisie pulmonaire. On rencontre le *tubercule infiltré* principalement dans la phthisie de *forme commune*, à *marche rapide*. Ici la pleurésie développée par la propagation de l'inflammation, au lieu de produire des fausses membranes et des adhérences, se termine souvent par épanchement. Cette disposition explique la possibilité de l'ouverture des cavernes dans la cavité pleurale, et le mécanisme de la production de l'*hydropneumothorax*.

Dans la *phthisie de forme maligne* (phthisie galopante), la lésion est une production très-abondante de granulations miliaires dans toute l'étendue du poumon et sur la plupart des membranes séreuses.

Des auteurs ont prétendu que cette lésion n'était pas de même nature que le tubercule; quelques-uns trouvent jusqu'à trois *espèces* de produits morbides dans la lésion de la phthisie granuleuse (Robin). Nous ne pouvons entrer ici dans la discussions de toutes ces opinions fondées sur l'examen microscopique exclusif, et qui conclurait à détruire l'unité de la phthisie. Seulement, pour montrer aux yeux de tout lecteur impartial la vanité et les illusions de cette école, nous ferons remarquer que si elle trouve des différences radicales là où il n'y a que des variétés et des degrés dans l'évolution d'un même produit morbide, elle enseigne que les caractères histologiques du tubercule sont identiques à ceux des tumeurs morveuses! On le voit, l'école du microscope nous donne pour le tubercule le même spectacle que pour le cancer; on se rappelle qu'après avoir essayé de détruire l'espèce cancer, elle est arrivé à confondre cette lésion avec celle des verrues et des cors aux pieds.

Étiologie. — La phthisie est manifestement *héréditaire*, comme toutes les affections scrofuleuses; il est fréquent d'observer des familles dans lesquelles tous les enfants meurent successivement de phthisie pulmonaire; dans d'autres familles,

la phthisie alterne avec des affections scrofuleuses diverses; enfin, dans un bon nombre de cas, la phthisie apparaît isolément; et il faut bien tenir compte de ce fait pour rassurer les parents alarmés par la perte d'un de leurs enfants. Comme toutes les maladies héréditaires, la phthisie saute souvent une génération ou suit la ligne collatérale; et il faut aller chercher chez un grand-père ou chez un oncle la filiation étiologique; enfin, pour tenir compte de tous les cas, nous devons encore signaler ce qu'on a appelé l'*hérédité en retour*. C'est celle dans laquelle les parents ne deviennent poitrinaires que longtemps après que leurs enfants ont succombé à la même maladie. Nous avons déjà signalé dans les mêmes familles l'alternance d'affections scrofuleuses et la phthisie, nous n'y reviendrons pas.

La phthisie pulmonaire semble être *contagieuse* du mari à la femme quand il y a eu fécondation. Je possède un certain nombre de faits qui m'autorisent à soutenir cette opinion. En dehors de ces conditions la phthisie n'est pas contagieuse.

Les expériences ont démontré que le tubercule était *inoculable* chez les animaux. Laënnec, qui est mort phthisique, s'était inoculé de la matière tuberculeuse bien des années auparavant.

Mais quand bien même les expériences auraient démontré que la phthisie est une maladie inoculable, il ne faudrait pas en conclure qu'elle est contagieuse, contagion et inoculation sont deux chose distinctes, exemple la syphilis.

Les *climats* ont une influence considérable sur le développement de la phthisie. Cette maladie disparaît dans l'extrême Nord, en Islande et en Laponie par exemple; elle est extrêmement rare sur le continent africain et en particulier dans cette partie qui est située dans la zone torride. La *température* n'est pas la cause de cette immunité, puisque la phthisie est très-fréquente au Brésil et dans les îles de l'Océanie. Les très-hautes montagnes présentent une immunité comparable à celle des pays froids.

Le *régime*, la manière de vivre ont une grande influence sur le développement de la phthisie. Le séjour dans les grandes villes, les excès vénériens, l'habitation dans des appartements

obscurs, humides, exposés au nord, les grandes agglomérations, comme les casernes et les lycées, un travail excessif, sont des causes puissantes de développement de la phthisie.

La *nourriture* n'a pas l'influence qu'on lui accorde généralement; et s'il est un fait incontestable, c'est que ce sont les populations qui consomment le plus de viande qui produisent le plus de phthisiques : les habitants de Londres, de Bruxelles et de Paris par exemple. Et si l'on objecte que les habitants des grandes villes deviennent phthisiques à cause des autres conditions antihygiéniques qu'ils y trouvent, je répondrai en comparant la mortalité par la phthisie dans les régiments, dans les séminaires et dans les couvents qui ont pour règle l'abstinence perpétuelle. Or les soldats et les séminaristes, les premiers surtout, fournissent un nombre considérable de phthisies, tandis que cette maladie est presque inconnue chez les religieux qui s'abstiennent de viande.

Les Espagnols, les Portugais, les Brésiliens, qui, malgré d'excellentes conditions climatologiques, fournissent un grand nombre de scrofuleux et de phthisiques, consomment beaucoup de viande. En résumé, il est démontré que l'abondance de la viande ne préserve pas de la phthisie, et j'incline à croire au contraire qu'elle y prédispose considérablement.

La phthisie se développe en toute *saison* ; elle éclate ordinairement à propos d'une autre maladie de poitrine : la grippe, la bronchite de la rougeole, la pleurésie, sont des occasions très-fréquentes du développement de la phthisie; l'accouchement et l'allaitement sont deux circonstances étiologiques très-puissantes.

L'*âge* a une influence marquée sur la forme de la phthisie. Les phthisies à marche rapide se développent presque toutes à l'âge de la puberté.

La phthisie est surtout fréquente de 21 à 35 ans; elle est très-rare de la naissance à 15 ans pour les hommes, et à 12 ans pour les femmes; elle diminue beaucoup après 50 ans et disparaît presqu'absolument à partir de 70 ans. Chez les filles, la phthisie est plus forte que chez les garçons jusqu'à l'âge de

30 ans, et surtout de 15 à 20. Elle devient aussi un peu plus fréquente pendant la ménopause.

Traitement. — Si l'on en croyait les médecins d'Eaux minérales et les inventeurs de spécifiques pour le traitement de la phthisie, aucune maladie ne serait plus susceptible de guérison; si, au contraire, on interroge les médecins, tous seront unanimes à signaler les difficultés extrêmes, les déceptions, et les résultats négatifs de la thérapeutique dans le traitement de la phthisie pulmonaire; il importe extrêmement ici d'éviter les illusions qui mènent au découragement et le septicisme qui conduit à l'inaction. La thérapeutique n'est ni inutile ni toute-puissante dans le traitement de la phthisie pulmonaire : elle est efficace pour combattre un grand nombre d'accidents; fréquemment elle parvient à enrayer pour longtemps la phthisie de forme chronique; quelquefois elle suspend la marche de la forme commune; enfin elle procure, trop rarement, il est vrai, des guérisons durables et inespérées.

Prophylaxie. — Habitation dans les pays chauds et spécialement en Afrique; habitation sur les montagnes; dans les pays de fièvre intermittente : usage habituel de lotions froides; exercice en plein air et gymnastique; éviter avec le plus grand soin toutes les causes de rhume, de pleurésie, de pneumonie; respecter les affections scrofuleuses externes, en particulier celles qui siégent à la peau : telle est la prophylaxie généralement conseillée. La nourriture fortement animalisée, conseillée par certains médecins, ne nous a pas paru efficace; et si nous en croyons les études que nous avons commencées sur ce point d'étiologie, la nourriture animale serait plutôt une cause du développement des affections scrofuleuses et principalement de la phthisie.

Nous ne croyons point à l'existence de médicaments spécifiques pour la phthisie. *Drosera*, *arsenicum*, *sulfur*, *iodium*, répondent, il est vrai, à un grand nombre de symptômes dans la phthisie, mais ils ne doivent pas être donnés exclusivement dans tous les cas; et nous blâmons la pratique des médecins

qui soumettent tous leurs phthisiques à l'usage de l'un de ces médicaments; à moins toutefois que ce ne soit à titre d'expérimentation ; car l'expérimentation est légitime dans une maladie aussi désespérée.

Nous voudrions pouvoir présenter le traitement de la phthisie dans chaque forme et dans chaque période de ces formes ; mais ce traitement n'existe pas ; nous serons donc forcé de prendre une autre méthode. Nous nous efforcerons de préciser les indications de tous les médicaments qui ont été employés dans la phthisie. Ces médicaments sont extrêmement nombreux ; néanmoins nous tâcherons de n'en oublier aucun.

Sulfur est un des médicaments les plus employés dans le traitement de la phthisie. La pathogénésie comme la clinique justifient cette prééminence. Un grand nombre de médecins le prescrivent à toutes les périodes et dans toutes les formes de la phthisie. Il est surtout indiqué par une petite toux sèche, avec quelques petits crachements de sang; ou, au contraire, par une toux grasse, avec fétidité, goût salé ou douceâtre des crachats ; l'existence d'affections cutanées ou d'un enrouement persistant précise encore son emploi. Il convient de le donner à des dilutions très-élevées ; d'éloigner beaucoup les doses et de ne pas le continuer longtemps. J'administre habituellement la 30ᵉ, et la 200ᵉ dilution, une cuillerée une ou deux fois par jour pendant quatre jours, repos quatre ou huit jours et recommencer. Si le malade supporte bien le médicament, on peut augmenter les doses. Il y a des exemples incontestables d'arrêt très-prolongé de la maladie dû à ce médicament.

Iodium vient presque sur le même rang que *sulfur*; il s'emploie de la même manière. Tessier avait coutume de l'alterner avec *sulfur*. La toux de *iodium* est quinteuse comme celle de la coqueluche ; elle est précédée d'angoisses, excitée par un chatouillement dans la poitrine ; elle a lieu principalement le matin. L'existence de glandes engorgées est un bon signe pour l'emploi de *iodium*.

Phosphorus est un remède fréquemment indiqué; son indication principale est l'inflammation du larynx et de la trachée qui se traduit par la douleur déchirante, brûlante, de ces par-

ties, en toussant et même en respirant; il répond aussi à l'inflammation du tissu pulmonaire autour des tubercules.

Silicea est un remède capital dans toutes les affections scrofuleuses; il est indiqué dans la phthisie par la toux grasse, excitée par un chatouillement dans la fossette du cou; par une expectoration purulente abondante; il répond à un degré avancé de la phthisie. La diarrhée ne contr'indique pas son emploi.

Calcarea carbonica ne m'a jamais rien donné. Néanmoins beaucoup de médecins lui attribuent des guérisons ou au moins des suspensions très-prolongées dans la marche des symptômes. Son indication principale est : toux grasse avec expectoration de crachats purulents et fétides; enrouement prolongé.

Hepar sulfuris est indiqué par une toux quinteuse avec efforts de vomissements et vomissements; douleur d'excoriation dans le larynx même par la respiration; toux provoquée par la gêne de la respiration; enrouement prolongé. *Hepar sulfuris* est un bon médicament.

Stannum. Médicament précieux dans une période déjà avancée : il est indiqué par une toux très-grasse, excitée par un chatouillement dans la poitrine, accompagné d'efforts de vomissements, même des vomissements alimentaires. Toux provoquée par la parole, par le rire, par le décubitus sur un côté. Expectoration très-facile de crachats verdâtres, épais.

Drosera a beaucoup d'analogie avec *stannum*. Il s'en distingue parce que l'expectoration est beaucoup plus difficile et que la toux est excitée par un chatouillement dans le larynx. Ce médicament modifie toujours la toux des phthisiques, il fait disparaître le chatouillement et les vomissements alimentaires : dans certains cas, il a évidemment suspendu la marche de la phthisie. Le Dr Curie considère *drosera* comme le médicament principal dans la phthisie : il le donne à dose massive, et prescrit jusqu'à 2 et 3 grammes d'extrait par jour. Mon expérience personnelle n'a pas, jusqu'à présent, confirmé les opinions du Dr Curie.

Arsenicum est un médicament puissant dans les cachexies avec suppuration; il devait donc trouver son indication dans la phthisie. Les allopathes prétendent avoir obtenu de bons ré-

sultats avec l'arsenic poussé jusqu'à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour. J'ai obtenu une modification favorable dans la marche de la phthisie avec des doses bien moindres (3e, 2e et 1re triturations centésimales), et j'ai été souvent forcé d'interrompre le médicament, quand j'ai poussé la dose jusqu'à 5, 6 et 7 milligrammes par jour. Ajoutons qu'il y a des observations dans lesquelles on a noté les bons effets de l'arsenic à la 30e dilution. Pour obtenir quelque chose de l'arsenic, il faut le continuer longtemps, au moins plusieurs semaines, et quelquefois plusieurs mois; quoique l'observation n'ait pas encore prononcé d'une manière définitive dans cette question de l'arsenic, il est très-certain que ce médicament n'est point un spécifique et qu'il ne doit pas être administré dans tous les cas ; un mouvement fébrile intermittent, des aggravations nocturnes, une diarrhée concomitante, sont les principaux symptômes qui doivent déterminer le médecin à employer l'arsenic.

Lycopodium, *sal crolsici*, *china*, *sepia*, *phellandrium aquaticum*, ont encore été préconisés par un certain nombre de médecins et pourront trouver leur emploi pour remplir quelques indications particulières. Le *sulfate de quinine* rend quelques services contre la fièvre hectique lorsqu'elle présente un type intermittent bien prononcé; il doit être administré à haute dose.

Il nous resterait maintenant à donner le traitement des accidents qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie : mais, pour éviter des répétitions qui allongeraient inutilement cet article, nous renvoyons au traitement de la *bronchite*, de la *pneumonie*, de la *pleurésie*, de l'*hydrothorax*, de l'*hémoptysie*, de la *phlébite*, de l'*anasarque*, du *muguet*.

Les eaux minérales jouent un rôle considérable dans le traitement de la phthisie. *Allevard*, *Bonnes*, *Ems*, le *Mont-Dore* ou la *Bourboule* sont les principales. Ces eaux agissent homœopathiquement et peuvent amener des aggravations considérables ; aussi doivent-elles être prescrites avec une extrême prudence.

Les *Eaux-Bonnes* sont certainement celles qui sont prescrites

le plus souvent. Ces eaux sont extrêmement dangereuses; dans bien des cas, elles impriment à la phthisie une marche rapide et déterminent des hémoptysies. Ces accidents sont encore plus fréquents avec les eaux transportées; à cause de la décomposition chimique qu'elles subissent.

Allevard a une composition analogue à celle des *Eaux-Bonnes;* cependant ses eaux sont beaucoup moins irritantes, et déterminent rarement des aggravations dangereuses; aussi nous les prescrivons de préférence.

Quand il existera des indications d'arsenic, c'est le *Mont-Dore* ou la *Bourboule* qu'il faudra choisir. La Bourboule est préférable chez les sujets qui ont d'autres affections scrofuleuses : eczéma, impetigo, et surtout ganglions engorgés. La disposition aux hémoptysies, la fièvre, un état nerveux sont des contre-indications de la Bourboule; on doit alors prescrire le Mont-Dore.

Le *Mont-Dore*, comme la plupart des eaux minérales, devient souvent pernicieux par la manière dont ses eaux sont administrées. Des doses trop fortes, des bains trop chauds et trop prolongés, l'abus des inhalations déterminent une aggravation avec fièvre et hémoptysie; aussi beaucoup de malades voient leur état évidemment aggravé après ces eaux.

Ems ne convient qu'au début, dans la période des prodromes, avec absence de fièvre et de travail inflammatoire.

Dans une maladie aussi longue et aussi rebelle que la phthisie, les *soins hygiéniques* prennent une importance considérable.

L'étude des causes nous dictera les préceptes qui doivent présider à cette hygiène.

Pendant la mauvaise saison, c'est-à-dire depuis la fin d'octobre jusqu'au mois de mai, l'habitation dans le Midi est une condition favorable : *Menton*, *Cannes* et *Pau*, viennent en première ligne; *Hyères* est moins bon; *Nice* ne doit être conseillé qu'à la condition de bien choisir le quartier que le malade habitera; la *Haute-Egypte*, *Alger et Madère*, jouissent d'une grande réputation : Madère par l'égalité et la modération de sa température doit être placé en première ligne. L'habitation

à une altitude considérable est une condition qui est encore à l'étude. Les résultats obtenus à *Davos* en Suisse, sont très-encourageants et l'habitation au milieu des neiges a donné, sur une petite échelle, il est vrai, des résultats supérieurs à ceux desrégions chaudes.

Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer devront pendant l'hiver habiter un appartement tenu constamment au même degré de température et s'abstenir complètement de sortir pendant toute la mauvaise saison. Les malades qui sont obligés de vivre de la vie commune multiplieront les précautions pour éviter les refroidissements.

D'après ce que nous avons dit à l'*Etiologie*, il est évident que nous proscrivons un régime composé de viande, de vin et surtout d'alcool. Les cures de raisin et de lait, l'apaisement des symptômes obtenu par un régime végétal et la privation du vin, nous portent à engager nos confrères à étudier sérieusement ce côté de la question; il y a assez longtemps que les phthisiques meurent sous l'influence du régime tonique pour qu'on soit parfaitement autorisé à chercher leur salut dans un régime tout opposé. La bière remplace avantageusement le vin chez les personnes qui ne peuvent supporter l'eau pure.

Depuis la publication de notre première édition, nous avons soumis nombre de phthisiques au *régime végétal* et avec un succès qui nous engage à persévérer dans cette pratique. Notre but est de soumettre les phthisiques à *un régime engraissant*. Les *féculents* sous forme de soupe, de potages, de bouillies, de purées; les légumes, les poissons, les œufs, les fruits mais par-dessus tout le lait composent la base de ce régime. Habituellement pendant les premiers quinze jours les malades accusent une diminution des forces; puis ils se font au régime; la fièvre et la toux diminuant, il y a un certain bien-être. Les forces reviennent, et si les malades commencent à engraisser on peut les considérer comme étant en très-bonne voie.

Un exercice modéré, mais de tous les jours, une gymnastique sans efforts violents, la marche prolongée, les voyages

sont des moyens dont il ne faut pas négliger l'emploi. Les lotions froides m'ont réussi dans un petit nombre de cas.

CHAPITRE X

ASTHME

L'asthme est une névrose de la respiration caractérisée par des accès de dyspnée, dans laquelle l'expiration est plus longue et plus pénible que l'inspiration.

L'asthme n'est pas une névrose pure; elle s'accompagne d'une lésion, l'*emphysème pulmonaire*. Cette lésion peut être permanente ou passagère.

L'emphysème n'est pas une lésion propre à l'asthme, elle se rencontre dans toutes les maladies des voies respiratoires qui s'accompagnent pendant longtemps d'efforts violents de la respiration ; le catarrhe chronique et la phthisie pulmonaire sont les deux principales maladies dans lesquelles on observe cette lésion. Il faut encore noter, que, toutes les fois qu'une partie du poumon est devenue imperméable à l'air, les vésicules du tissu voisin deviennent emphysémateuses pour remplacer les vésicules effacées. C'est ce que les Allemands ont appelé de la très-mauvaise expression d'*emphysème vicariant*.

L'asthme se présente sous trois formes : la *forme commune*, la *forme périodique*, la *forme habituelle d'emblée*.

Pour faciliter l'intelligence des symptômes physiques nous dirons quelques mots de l'*emphysème*.

Laënnec distingue l'*emphysème vésiculaire* et l'*emphysème interlobulaire*. Le premier est constitué par le développement et la dilatation des vésicules pulmonaires ; le second par leur déchirure.

L'*emphysème vésiculaire* se développe surtout au sommet du poumon et dans les lobes supérieurs, il existe inégalement dans les deux poumons. Le poumon emphysémateux est augmenté de volume; il ne s'affaisse pas à l'ouverture du

thorax. A la loupe, il offre des vésicules inégalement dilatées, quelques-unes atteignant le volume d'un grain de chènevis, d'un pois et même d'un haricot. Le tissu pulmonaire est sec, peu vasculaire et d'une coloration grisâtre avec des taches pigmentaires.

Emphysème interlobulaire. L'air extravasé se montre sous la plèvre, comme des bulles inégales, et mobiles par la pression du doigt. L'air peut cheminer vers la racine du poumon, envahir le médiastin et même le tissu cellulaire sous-cutané.

L'*emphysème vésiculaire* doit être divisé lui-même en deux variétés : l'*emphysème transitoire* et l'*emphysème définitif.*

L'*emphysème transitoire* se montre dans l'asthme périodique et au début de l'asthme de forme commune il présente pour signe caractéristique l'existence *d'une respiration prolongée et sibilante;* il apparaît subitement et disparaît de même.

L'*emphysème définitif* se montre dans l'asthme habituel; il est caractérisé par *une sonorité exagérée* coïncidant avec une *diminution du bruit respiratoire.* Les vésicules amincies, dilatées outre mesure, perforées et communicantes, ne chassent plus l'air avec assez d'énergie pour produire un bruit quelconque, il y a donc diminution du bruit respiratoire. Cette lésion est définitive.

Nous empruntons la description de l'asthme au mémoire publié en 1854 par notre ami Gabalda.

I. Forme périodique. — L'asthme périodique est constitué par des attaques de dyspnée qui se manifestent à des époques plus ou moins éloignées. Ces attaques, pour si fortes qu'elles soient, ne laissent aucune trace après elles, et, pendant leurs intervalles, il n'existe aucun symptôme, aucun indice de la maladie. Il en est ainsi pendant toute la durée de l'asthme périodique. C'est là le caractère distinctif de cette première forme.

Son début, ordinairement brusque et effrayant, n'est pas annoncé par les prodromes dont nous aurons à constater l'existence à peu près constante dans la forme commune. Cepen-

dant on observe aussi quelquefois des phénomènes précurseurs dans la forme qui nous occupe.

Dans la journée qui précède l'attaque, les malades éprouvent une légère céphalalgie, un peu d'agitation, une dyspnée peu sensible et quelques flatuosités après le dîner.

Que ces prodromes aient existé ou non, c'est ordinairement pendant la nuit que l'attaque survient. Les malades sont tout à coup réveillés par un sentiment de suffocation, et ils se trouvent immédiatement en proie à une dyspnée violente. Ils se mettent aussitôt sur leur séant, et ils se débarrassent des couvertures et des vêtements, qui deviennent pour eux un poids insupportable. On les voit chercher un point d'appui sur les coudes, sur les mains, et se cramponner aux objets environnants, pour augmenter la puissance des mouvements respirateurs. Malgré tous leurs efforts, la suffocation semble devenir de plus en plus imminente. Ils quittent leur lit, ouvrent leur fenêtre et recherchent avec avidité l'impression de l'air froid. La dyspnée va toujours en augmentant. L'inspiration est courte ; elle s'exécute par une contraction brusque de tous les muscles inspirateurs. A cette inspiration succède une expiration lente, difficile, beaucoup plus longue que l'inspiration, et par laquelle cependant les poumons ne semblent se vider que très-incomplètement. Un sifflement trachéal se fait entendre pendant les deux temps de la respiration, beaucoup plus marquée et plus aigu pendant le second. La parole est brève, difficile, quelquefois impossible et entrecoupée à chaque instant par un nouveau besoin de respirer. Le cou des malades est tendu et semble tuméfié. Leur tête est haute, leur face est ordinairement pâle, excepté les pommettes, qui, chez quelques-uns, présentent une coloration d'un rouge foncé, et les lèvres, qui sont livides. Les narines sont dilatées, les yeux saillants et largement ouverts. Des gouttes de sueur couvrent le front, les tempes et le cou. Les malades accusent une douleur vive au bas du sternum, et une constriction circulaire à la base de la poitrine.

Chez quelques-uns, une toux pénible et presque continuelle se joint aux phénomènes précédents. Cette toux n'est pas suivie d'expectoration ; elle n'a d'autre résultat que d'accroître

l'intensité de tous les symptômes que je viens d'énumérer. Le plus souvent, dans les attaques d'asthme périodique, il n'y a pas ou presque pas de toux.

Le pouls est petit, faible, inégal et quelquefois intermittent. Les pieds, les mains, le nez et les oreilles sont refroidis. Les phénomènes conservent la même intensité jusqu'au matin, et, lorsque le jour paraît, ils diminuent d'une manière sensible; chez quelques malades, on les voit même aller rapidement jusqu'à une disparition complète. En même temps que la dyspnée diminue, la toux, quand elle existait, devient moins fréquente et moins pénible, et elle est suivie quelquefois alors d'une expectoration peu abondante de crachats filants, peu volumineux et sans consistance. Quelques malades rendent aussi en ce moment une assez grande quantité d'urine claire et limpide.

Lorsque les symptômes ont disparu complètement, les malades conservent, pendant la journée qui suit, un sentiment de fatigue et d'abattement, et une certaine susceptibilité. Puis ils reprennent le cours de leurs occupations et de leur vie habituelle, sans conserver autre chose de leur maladie que le souvenir des souffrances qu'ils ont éprouvées.

Mais l'attaque d'asthme périodique est loin d'être toujours aussi courte que je viens de le dire. Lorsqu'elle se prolonge, les symptômes, au lieu de disparaître complètement le matin, ne font que présenter une rémission plus ou moins marquée pendant le jour, et, dans la nuit suivante, ils reprennent toute leur intensité. Les choses peuvent se maintenir dans cet état pendant un certain temps, et l'attaque d'asthme périodique, avec ses paroxysmes nocturnes et ses rémissions diurnes, peut avoir une durée de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. Quand elle se prolonge ainsi, on observe de nouveaux symptômes, tels que l'amaigrissement, des flatuosités intestinales qui tourmentent les malades, surtout après leurs repas; la perte de l'appétit, les digestions difficiles, et quelquefois même un petit mouvement fébrile le soir.

Tous ces phénomènes, par leur intensité et leur durée considérable, plongent les malades dans une grande inquiétude.

Enfin, au moment où leur état semble le plus désespéré, la gêne de la respiration disparaît tout à coup, et le malade se trouve immédiatement rendu à la santé.

J'ai dit que l'attaque d'asthme débutait pendant la nuit. C'est, en effet, le cas le plus ordinaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Elle survient quelquefois pendant le jour, d'une manière brusque et subite. Cette particularité s'observe surtout chez les malades qui n'ont d'attaques que lorsqu'ils changent d'habitation, lorsqu'ils arrivent dans certains lieux, ou lorsqu'ils se trouvent soumis à l'impression de certaines odeurs.

Le nombre et la fréquence des attaques sont extrêmement variables. Plusieurs années peuvent s'écouler sans qu'il se manifeste le plus petit symptôme de l'asthme ; d'autres fois, au contraire, après quelques semaines, celui-ci reparaît. Du reste, le retour des attaques pouvant être déterminé par des causes occasionnelles, on conçoit qu'il est difficile qu'elles présentent rien de fixe sous ce rapport.

Assez souvent, les attaques de l'asthme périodique s'usent à la longue, comme on dit vulgairement ; elles diminuent progressivement, s'éloignent et finissent par ne plus se reproduire. En un mot, l'asthme périodique peut se guérir spontanément avec l'âge. Une maladie intercurrente, une pneumonie par exemple, semble aider quelquefois cette terminaison heureuse. D'autres fois, l'asthme persiste jusqu'à la mort du sujet, sans toutefois la hâter. Dans quelques cas, les attaques deviennent de plus en plus rapprochées. Enfin, on observe des malades chez lesquels les attaques d'asthme alternent avec d'autres affections, telles que les hémorrhoïdes et les dartres.

II. Forme commune. — La forme commune de l'asthme présente, comme la précédente, des attaques périodiques ; mais, de plus, on observe dans cette forme une dyspnée habituelle. En outre, les attaques de la forme commune sont toujours accompagnées de bronchites, ce qui lui a fait donner le nom d'*asthme catarrhal*. Elle débute de deux manières différentes, ce qui nous permet de distinguer deux variétés dans cette forme.

La *première variété* se manifeste souvent, dès l'enfance, par

une dyspnée, que les enfants ne ressentent d'abord que lorsqu'ils se livrent à quelque exercice violent. Ces enfants sont *courts d'haleine*, et ils ne peuvent pas se livrer à tous les jeux de leurs camarades. Ils présentent, en outre, une susceptibilité très-grande de la muqueuse bronchique. Ils s'enrhument facilement, et, pendant la durée de leurs rhumes, la dyspnée augmente. Celle-ci est plus marquée la nuit que le jour, et elle s'accompagne d'un sifflement trachéal. Par suite, la dyspnée habituelle augmente, et les attaques accompagnées de bronchite deviennent plus fortes et plus rapprochées.

La *seconde variété* de la forme commune débute franchement par une première attaque qui n'a point été précédée de dyspnée habituelle. Le plus souvent, c'est à la suite d'un refroidissement, d'une marche forcée, que cette première attaque se manifeste. Elle dure ordinairement plusieurs semaines et même plusieurs mois. C'est sous la forme d'un rhume ou d'une bronchite que cette première attaque se présente. Le malade et le médecin lui-même croient d'abord n'avoir affaire qu'à un simple catarrhe; mais la dyspnée plus forte qui augmente tout à coup, surtout la nuit, la marche de l'affection qui présente des rémissions et des exacerbations alternatives, la durée des accidents ne tardent pas à indiquer la véritable nature de la maladie. Quelques mois après cette première attaque, et, plus particulièrement, au commencement de l'hiver, il en survient une seconde qui se termine comme la précédente, sans laisser de traces; mais bientôt les attaques se rapprochent et ne présentent plus la même régularité dans leurs retours. De plus, il existe une dyspnée habituelle qui tourmente les malades, même dans l'intervalle des attaques, et un enrouement qui communique à la voix quelque chose de rauque et de voilé.

Dans des cas plus heureux, quand un traitement approprié est parvenu à modifier la maladie, les attaques s'éloignent pendant de longues années, la guérison complète peut même être obtenue.

Quoi qu'il en soit, voici les caractères communs à toute attaque d'asthme.

Après des phénomènes précurseurs, qui consistent en un

sentiment d'oppression et de plénitude au creux de l'estomac; des rapports fréquents ; de la chaleur générale ; de la céphalalgie avec tendance à l'assoupissement, l'attaque éclate vers le milieu de la nuit, le malade est tout à coup réveillé en sursaut par un sentiment de suffocation imminente. Il se met aussitôt sur son séant, et, pendant tout le reste de la nuit, il est en proie à une dyspnée intense, accompagnée de quintes de toux longues et pénibles, et non suivies d'expectoration. Au matin, la dyspnée s'apaise, la toux est moins pénible, elle est suivie alors d'une expectoration abondante. Ce n'est pourtant pas à ce dernier phénomène qu'il faut attribuer la diminution de la dyspnée, car, suivant la remarque de Floyer : « L'oppression cesse avant que le malade ait beaucoup craché, ce qui n'arriverait pas si elle était produite par l'abondance des phlegmes. »

D'après le même auteur, le malade rend, à la fin de l'accès, une urine fort colorée, qui dépose un sédiment et qui est tout à fait semblable à celle que l'on rend dans la fièvre.

Cette rémission, qui survient le matin, est loin d'être complète, comme cela a lieu ordinairement dans la forme périodique. Pendant toute la journée, le malade est tourmenté par la dyspnée et par la toux. Ces symptômes sont moins marqués, il est vrai, que pendant la nuit; mais la moindre cause occasionnelle, telle que l'impression de l'air, celle de la fumée, l'action de monter ou de courir, une impression morale, vient les réveiller et leur donner une intensité nouvelle. Les nuits suivantes, l'exacerbation des symptômes ne manque pas de se reproduire.

Outre les symptômes que je viens d'énumérer, les malades ressentent un chatouillement ou un grattement dans le larynx et une chaleur brûlante sous le sternum, qui excitent continuellement la toux. Leur voix est rauque et voilée. La parole est difficile et entrecoupée par le besoin de respirer. Un sifflement trachéal, qui s'entend à distance, accompagne la respiration et l'émission de la voix.

Les malades accusent des points douloureux dans diverses parties de la poitrine ; tantôt au bas du sternum, tantôt dans les régions latérales, tantôt au niveau des omoplates. Dans les

premières attaques, ces points douloureux sont assez vagues, peu marqués, et présentent une certaine mobilité; plus tard, au contraire, ils sont plus intenses et deviennent fixes. Je montrerai tout à l'heure que, lorsqu'ils revêtent ces derniers caractères, ils sont ordinairement le signe de pleurésies symptomatiques de l'asthme. Outre les points pleurétiques, les malades ressentent une constriction douloureuse à la base de la poitrine.

Mais là ne se bornent pas les symptômes de l'asthme; la digestion présente aussi des troubles que je dois signaler. Presque toujours, au commencement de l'attaque, le malade vomit, et, tant que la dyspnée persiste, il est tourmenté par des flatuosités considérables ; la bouche est mauvaise, l'appétit est diminué, la digestion difficile ; après qu'il a mangé, le malade s'assoupit, surtout le soir ; rarement il y a de la fièvre. Le pouls est ordinairement petit, un peu dur et parfois intermittent. Les mains et les pieds sont habituellement froids, et le malade a beaucoup de peine à les réchauffer. Il n'est pas très-rare d'observer de l'œdème des extrémités inférieures. Cet œdème se dissipe après l'attaque.

Lorsque l'asthme est devenu habituel, il se complique quelquefois d'une anasarque très-étendue.

La face est pâle et un peu bouffie; les lèvres sont bleuâtres ou violacées ; les yeux largement ouverts et saillants, surtout quand la dyspnée augmente.

Tous ces phénomènes persistent, avec les mêmes alternatives de rémissions incomplètes et d'exacerbations, pendant un temps quelquefois très-considérable, car il est des attaques d'asthme qui durent pendant toute une saison. A mesure que le malade avance en âge, les attaques se rapprochent, ainsi que je l'ai dit, et la dyspnée habituelle devient de plus en plus forte.

Lorsque la forme commune de l'asthme dure depuis un certain temps, et qu'elle s'accompagne de bronchites plus ou moins intenses et souvent répétées, ainsi que de dyspnée habituelle, il n'est pas très-rare d'observer chez les malades qui en sont atteints des hémoptysies. Ce symptôme, qui n'a été signalé par aucun auteur dans la maladie qui nous occupe, est très-impor-

tant à connaître, car il expose le médecin à des erreurs de pronostic très-graves.

Les hémoptysies de l'asthme se présentent avec des caractères qui ne sont pas toujours les mêmes. Tantôt la matière de l'expectoration est mêlée d'une plus ou moins grande quantité de sang pendant tout le temps que dure l'exacerbation des autres symptômes de la maladie ; tantôt une grande quantité de sang pur est expectorée en quelques instants, comme il arrive dans la phthisie.

III. Forme habituelle d'emblée. — La troisième forme de l'asthme qui nous reste à décrire est connue des praticiens sous le nom d'*asthme humide* ou d'asthme des vieillards. On ne l'observe, en effet, qu'à un âge assez avancé, et lorsqu'une fois elle s'est manifestée, elle persiste sans interruption et finit par occasionner la mort des malades.

Elle débute ordinairement par un catarrhe aigu qui a une certaine intensité. Au bout de quelques jours, les symptômes fébriles qui accompagnaient ce catarrhe disparaissent, mais la toux et l'expectoration persistent et sont accompagnées d'une dyspnée habituelle qui a des caractères particuliers. Cette dyspnée, assez forte dès le début, est remarquable par la régularité de ses paroxysmes. Ceux-ci reviennent toutes les nuits, plus graves et plus longs dans les temps froids et humides, plus supportables dans la belle saison. Outre ces caractères particuliers, la dyspnée de l'asthme habituel présente ceux que nous avons notés dans les autres formes : inspiration courte et convulsive, expiration prolongée et difficile, sifflement trachéal, etc. Les malades affectés de cette forme d'asthme crachent abondamment. La matière de l'expectoration est constituée par des crachats muqueux, jaunes-verdâtres, volumineux, homogènes, et par une sérosité filante, spumeuse à la surface. On trouve dans les crachats de ces malades une sorte de mousse à la surface, au-dessous de celle-ci une couche de liquide filant et albumineux, et enfin, au fond du crachoir, des crachats muqueux, denses et adhérents. Ces derniers ont quelquefois une disposition analogue à celle du gros vermicelle cuit et sem-

blent avoir été moulés sur les ramifications bronchiques. C'est le matin que l'expectoration est la plus abondante, et c'est alors surtout que le malade rejette de gros crachats muqueux. Pendant la nuit, au contraire, cette expectoration se supprime. Les malades ont alors des quintes de toux très-longues et très-pénibles, et qui ne sont suivies que de l'expectoration d'un peu de liquide filant. Tous ces symptômes augmentent rapidement d'intensité ; aussi, lorsque l'asthme habituel existe depuis quelque temps, les malades sont condamnés à un repos presque absolu. Le moindre exercice un peu fatigant, surtout l'action de gravir un lieu élevé, détermine une exacerbation, de la dyspnée et des quintes interminables.

Le pouls est habituellement petit et faible ; les extrémités sont froides ; la face est pâle et présente une expression d'anxiété plus ou moins marquée, suivant que la dyspnée est elle-même plus ou moins intense. — Parfois on observe un mouvement fébrile modéré, qui revient par accès tous les soirs, et qui peut donner beaucoup d'embarras pour le diagnostic. Le mouvement fébrile peut même acquérir plus de gravité et exister d'une manière continue. C'est ce qui arrive dans les complications de l'asthme habituel dont il me reste à parler.

Ces complications sont constituées par une inflammation de la muqueuse des bronches, accompagnée de congestion du parenchyme pulmonaire, qui aggrave singulièrement l'état des malades et qui peut occasionner la mort. L'inflammation ne se borne pas toujours à la muqueuse des bronches ; elle envahit aussi quelquefois le parenchyme du poumon, et alors la complication n'en est que plus grave. Outre la pneumonie aiguë, qui est celle que l'on voit le plus fréquemment dans ces cas, il survient assez souvent une inflammation chronique des poumons, dont je ferai connaître les caractères particuliers à propos de l'anatomie pathologique.

Cette forme de l'asthme est incurable, et lorsqu'elle dure longtemps, sans que quelqu'une des complications dont je viens de parler amène la mort, les malades tombent dans un état cachectique particulier. Ils arrivent rapidement à un amaigrissement assez prononcé, mais qui s'arrête à un certain degré et

qui ne va jamais jusqu'au marasme, suivant la remarque de Laënnec.

De nouveaux symptômes se joignent à ceux que nous avons notés précédemment. Ils sont constitués principalement par des désordres de l'appareil circulatoire : ce sont des palpitations, des irrégularités dans les battements du cœur et dans le pouls, l'œdème des extrémités inférieures, l'ascite et l'anasarque. Ces symptômes sont quelquefois placés sous la dépendance immédiate des lésions des orifices ou des valvules du cœur (lésions qui sont alors des complications de l'asthme), mais ils peuvent fort bien exister sans cette cause et n'avoir d'autre raison de leur existence que l'asthme lui-même et les lésions du poumon qui l'accompagnent. Quoi qu'il en soit, ces nouveaux phénomènes viennent encore augmenter la gêne de la respiration et aggraver l'état des malades. A cette période, s'il survient une des complications que nous avons notées, elle occasionne ordinairement la mort. On trouve alors, à l'autopsie, une bronchite et un œdème considérable des poumons, ou bien une pneumonie et quelquefois toutes ces lésions réunies. En outre, les organes respiratoires sont emphysémateux, soit en totalité, soit en partie.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la forme de l'asthme que nous nommons habituelle d'emblée. Cette forme de la maladie qui nous occupe est bien plutôt un fait admis, pour ainsi dire, par le sentiment des praticiens qu'une variété morbide décrite par les auteurs. Beaucoup d'entre eux, en effet, ont parlé de l'asthme humide des vieillards, mais aucun n'en a tracé une description régulière.

L'existence de cette forme morbide n'avait pas échappé à l'attention de Laënnec, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. C'est celle qu'il a décrite sous le nom de *catarrhe pituiteux*.

Signes physiques. La percussion donne une augmentation de la sonorité, particulièrement dans les régions antérieures. Cette sonorité exagérée est souvent inégale des deux côtés. A l'auscultation, quand l'*emphysème est transitoire* on entend une *expiration prolongée, saccadée et sifflante*. Cette prolongation de

l'expiration rend ce temps de la respiration plus long que l'inspiration, tandis que, dans l'état physiologique, c'est le contraire qui a lieu. Ce désordre de la respiration est quelquefois perceptible par l'inspection du flanc, qui a un double battement correspondant à l'expiration. Ce signe ne manque jamais chez le cheval, et suffit à caractériser l'emphysème. L'emphysème et la respiration qui lui est propre peuvent se développer instantanément, durer le temps d'une attaque et disparaître tout à fait à la fin de cette attaque; j'ai maintes fois constaté ce phénomène.

Dans l'asthme habituel, on constate l'exagération de la sonorité et la diminution des bruits respiratoires. Il faut ajouter aux signes physiques précédents, la *voussure* du thorax, qui rend la poitrine globuleuse.

Etiologie. — L'asthme est une maladie *héréditaire.* Elle peut se développer dans la première enfance, mais elle devient d'autant plus fréquente que les individus prédisposés sont plus âgés; c'est surtout dans la *vieillesse* que cette maladie prend un grand développement. Nous rappelons que l'asthme est souvent lié, comme affection symptomatique, à la goutte, aux hémorrhoïdes et à la dartre.

Les *causes occasionnelles* de l'*accès* sont nombreuses; elles varient avec chaque malade. Il y a des *lieux* particuliers où les accès sont incessants, tandis que, dans d'autres, le malade est parfaitement tranquille. Un pays élevé pour les uns, le bord de la mer ou le voisinage d'un bois pour les autres, deviennent des pays inhabitables. En général, les malades qui se trouvent bien sur le bord de la mer sont pris d'accès sur les montagnes, et *vice versa.* L'orage, la neige, le brouillard surtout ont une grande influence sur les asthmatiques; la poussière, certaines odeurs suffisent pour faire éclater un accès. On a noté l'odeur du foin quand il contient de la *lobélie*, l'odeur de l'*ipécacuanha* comme des causes d'accès.

Traitement. — Au point de vue pratique, il nous suffit de distinguer le traitement de l'*accès* et le traitement de l'*asthme habituel.*

Traitement de l'accès. — *Ipéca*, *sambucus niger*, *bryonia*, *cuprum lobelia inflata*, sont les principaux médicaments de l'accès. S'ils ne suffisaient pas, il faudrait consulter les indications que nous poserons à propos de l'asthme habituel.

Ipéca est le médicament qui est le plus fréquemment employé par toutes les écoles. Il est indiqué par une dyspnée considérable, accompagnée de sifflement et des premiers signes de l'asphyxie; par une toux quinteuse provenant d'un chatouillement dans le fond des bronches, accompagnée d'étranglement au larynx et de suffocation.

Sambucus est indiqué par la prédominance de la dyspnée sur la toux, par une anxiété extrême, la face violette et les signes d'une asphyxie plus avancée que pour l'*ipéca*. La dyspnée s'accompagne d'une sibilance bien marquée.

Bryonia est indiquée pendant l'accès quand, aux troubles de la respiration, se joint un certain degré de bronchite et surtout une douleur de côté qui augmente par les mouvements respiratoires. Ce médicament m'a rendu de grands services.

Cuprum est indiqué quand la respiration est très-spasmodique et principalement quand il y a menace d'asphyxie et complication de *crampes* et de mouvements convulsifs.

Lobelia est indiqué par une dyspnée presque sans toux ; un grand développement de gaz dans l'estomac ; c'est un médicament dont je n'ai rien obtenu.

J'emploie habituellement la 3e dilution, mais j'arrive rapidement à quelques gouttes de la teinture de *sambucus* ou à quelques centigrammes de la première trituration au 10e d'*ipéca*, si les accès résistent aux doses ordinaires.

Traitement de l'asthme habituel. — *Arsenicum*, *nux vomica*, *sulfur*, *pulsatilla*, *tartarus*, *nitri acidum*, sont les médicaments principaux. Le *coca*, vanté outre mesure, a donné quelques succès dans des cas insuffisamment caractérisés.

Arsenicum est ici le médicament le plus souvent indiqué; il correspond à la dyspnée habituelle avec sifflement, toux quinteuse et expectoration d'un liquide visqueux, transparent et spumeux. L'anxiété précordiale et les redoublements nocturnes

achèvent de caractériser l'emploi d'*arsenicum* Ce médicament avec le *sulfur* convient dans le traitement de l'asthme dartreux. L'arsenic doit être pris à la 2me ou 3me trituration.

Nux vomica a des indications communes avec *arsenicum;* et très-souvent on se trouve bien de donner *nux vomica* le soir et *arsenicum* le matin, d'après l'avis du Dr Roux (de Cette). *Nux vomica* est plus spécialement indiquée lorsque l'accès d'asthme commence par des éternuements et un coryza fluent. L'asthme hémorrhoïdaire surtout appartient à *nux vomica.*

C'est aussi la 3me trituration qui m'a le plus souvent réussi pour nux vomica.

Pulsatilla est indiquée seulement dans les cas d'asthme habituel sans accès bien prononcés et avec une expectoration catarrhale des plus prononcées. *Tartarus* est indiqué dans les mêmes circonstances ; mais il est préférable à pulsatilla.

Sulfur m'a donné quelques succès dans l'asthme dartreux. Ce médicament correspond du reste à la plupart des symptômes de l'asthme : accès de dyspnée sibilante, avec des lèvres bleuâtres, survenant principalement la nuit.

Nitri acidum est préconisé par Hartmann comme le médicament principal de l'asthme ; je n'ai jamais eu occasion de l'employer.

Iodure de potassium préconisé par les médecins allopathes m'a donné quelques résultats à la 3me trituration mais sans que je puisse préciser ses indications.

Les Eaux minérales ont une action puissante dans le traitement de l'asthme. Je recommande tout particulièrement les eaux du *Mont-Dore* et celles de *Cauterêts.*

DIX-HUITIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

LIVRE PREMIER

MALADIES ET AFFECTIONS DU CŒUR

Ces affections sont presque toujours symptomatiques; elles se rattachent, en général, au rhumatisme, à la goutte, aux hémorrhoïdes et à la dartre; elles ont presque constamment été étudiées comme des maladies essentielles, ce qui a beaucoup nui à la clarté de la description. Nous décrirons successivement: l'*endocardite*, *la cardite* et les *lésions valvulaires*, les *névroses du cœur*. Nous dirons quelques mots des lésions dont la nature n'est pas complètement connue et que nous n'osons pas encore rattacher constamment à l'endocardite: l'*hypertrophie*, la *dilatation*, l'*état graisseux*, l'*anévrysme*. Nous terminerons par l'histoire de la *péricardite*.

Nous ne pouvons pas, dans un livre aussi élémentaire, donner la théorie des bruits du cœur. Dans la description des lésions, nous indiquerons les *signes* de chacune d'elles et nous donnerons à ces signes toute leur valeur pratique.

Seulement nous voulons rappeler ici quelques principes généraux de l'examen du cœur. 1° Les bruits pathologiques qui accompagnent les lésions de l'orifice aortique s'entendent, à leur maximum, un peu au-dessus de cet orifice, c'est-à-dire au niveau du deuxième espace intercostal, tout à côté du bord droit du sternum. 2° Les bruits pathologiques de la valvule mitrale ont leur maximum à la pointe du cœur. 3° Les bruits pathologiques du cœur droit s'entendent pour l'artère pulmonaire au même niveau que ceux de l'orifice aortique, mais *à*

gauche du sternum. 4° Les bruits de la valvule tricuspide ont leur summum d'intensité au niveau de la base de l'appendice xiphoïde. 5° Pour juger du volume du cœur, il y a un moyen pratique qui ne trompe jamais, à moins qu'un épanchement ou une tumeur n'ait déplacé le cœur. Ce moyen consiste à rechercher la pointe du cœur. Dans l'état normal la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, sur une ligne abaissée perpendiculairement du mamelon. Si le cœur est hypertrophié, cette pointe descend dans les espaces intercostaux suivants et bat en dehors de la ligne que nous avons indiquée ; si au contraire le cœur est atrophié, sa pointe bat plus haut qu'à l'état normal et en dedans de la ligne indiquée.

Pour déterminer le siége des bruits du cœur le stéthoscope est nécessaire ; il faut de plus le garnir de son obturateur ou avoir un stéthoscope étroit, dont le diamètre n'excède pas celui de l'artère crurale.

CHAPITRE PREMIER

ENDOCARDITE

Cette affection est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la membrane interne du cœur et du tissu musculaire lui-même.

L'endocardite existe comme maladie essentielle, mais il ne nous a jamais été donné de l'observer à l'état aigu. Seulement nous avons constaté un certain nombre de fois l'existence de lésions valvulaires chez des malades qui n'avaient jamais présenté aucun symptôme de rhumatisme, de goutte, d'hémorrhoïdes, de dartre ou d'une phlegmasie du poumon et de la plèvre.

Comme l'histoire de l'endocardite et l'anatomie pathologique démontrent que les lésions valvulaires sont toujours de nature inflammatoire, il en résulte que chez ces malades il y avait *endocardite* en l'absence de toute autre maladie, et par conséquent une endocardite essentielle. Quand nous aurons complété nos observations sur ce point, nous pourrons tracer l'histoire de

l'endocardite essentielle; mais maintenant nous ne pouvons qu'en signaler l'existence. Nous ajouterons qu'elle nous a toujours paru avoir un début insidieux et une marche primitivement chronique.

C'est principalement dans le cours du *rhumatisme articulaire aigu* que se produit l'endocardite; quelquefois cette affection se montre chez les *goutteux*, les *hémorrhoïdaires* et les *dartreux*; d'autres fois elle complique une *fièvre continue* ou *éruptive*, et plus fréquemment la *diathèse purulente*. Enfin l'inflammation peut se propager à l'endocarde dans le cours d'une *pneumonie*, d'une *pleurésie* ou même d'une *bronchite* intense.

L'étude de l'*endocardite* ne deviendra rigoureuse que lorsqu'elle aura été faite pour chacune des maladies, dans le cours desquelles elle peut se montrer; cette étude n'est faite aujourd'hui que pour l'*endocardite rhumatismale*.

Elle présente quatre formes : *forme commune*, *forme grave ou infectieuse*, *forme métastatique* et *forme bénigne*.

I. Forme commune. — Cette forme apparaît dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, principalement quand un grand nombre de jointures ont été affectées; elle aggrave beaucoup l'état du malade, mais elle ne trouble pas la marche de la maladie en faisant disparaître les affections articulaires, comme l'endocardite métastatique.

Son début est annoncé par une augmentation de la chaleur fébrile; le pouls s'accélère et devient plus petit, dur et vibrant; on peut déjà distinguer le pouls propre aux lésions de chaque orifice, il est grand et bondissant dans l'insuffisance aortique; irrégulier et petit dans l'insuffisance mitrale; en même temps apparaissent les palpitations et la dyspnée; rarement les malades accusent une douleur notable à la région du cœur. Les jours suivants la dyspnée augmente; le pouls devient mou et faible, tout en restant fréquent, et, en même temps, on constate la *matité cardiaque* et des *bruits de souffle* divers.

La *matité* transversale est augmentée parce que les fibres musculaires demi-paralysées par l'inflammation de la séreuse se contractent faiblement et laissent le cœur se distendre. La

formation des dépôts pseudo-membraneux dans les régions valvulaires, l'inflammation des valvules et des orifices du cœur détruisent la mobilité, la régularité et l'élasticité de ces parties ; d'où naissent des *rétrécissements* et des *insuffisances;* de là des *bruits de souffle*, dont nous donnerons la description dans le chapitre suivant. La *voussure* n'arrive jamais en l'absence de complications péricardiques.

Si l'endocardite doit se terminer par la *mort,* la dyspnée augmente, le pouls devient misérable, intermittent, et les malades succombent dans une syncope ou dans l'axphyxie. Cette terminaison a lieu le plus souvent vers la fin du premier septénaire.

La terminaison par une guérison absolue est fort rare ; elle s'annonce par la décroissance de la fièvre et de la dyspnée, par la disparition des bruits de souffle.

La terminaison la plus fréquente est la guérison incomplète; l'état aigu disparaît et les altérations valvulaires persistent.

Les Allemands ont beaucoup insisté sur la complication d'*embolie* dans le cours de l'endocardite, de petites portions de fibrine coagulée, des parcelles de valvules détachées, sont entraînées par la grande circulation et viennent produire des oblitérations artérielles dans la rate, les reins, le foie, les membres ou le cerveau. Ces oblitérations produisent des apoplexies capillaires, des abcès et des gangrènes. Ces accidents sont fort rares.

II. Forme grave ou infectieuse. — Cette forme de l'endocardite est encore à l'étude. Son histoire est fort obscurcie par l'esprit de système et les théories sur l'*infection.* Cette forme est fréquemment une affection de *diathèse purulente.* Elle est caractérisée par des symptômes généraux extrêmement graves et par l'effacement des symptômes locaux. Un mouvement fébrile intense, rémittent, avec des redoublements quotidiens ; redoublements marqués par des frissons et des sueurs ; une diarrhée colliquative ; une adynamie profonde constituent la physionomie de cette affection dont la durée est souvent de plusieurs semaines. Si on n'auscultait pas les malades chaque

jour, les signes de l'endocardite passeraient inaperçus puisqu'ils sont, le plus souvent, uniquement constitués par le souffle cardiaque.

Cette affection qui se termine habituellement par la mort semble, dans quelques cas, constituer une forme grave de l'*endocardite essentielle*, mais beaucoup de cas publiés sous le nom d'endocardite infectieuse appartiennent à la diathèse purulente et à d'autres maladies.

La manie des grands empoisonnements est aujourd'hui si universelle qu'on a expliqué la gravité de cette forme d'endocardite par l'absorption de la *poussière fibrineuse* qui résulte de l'*ulcération* des valvules et de la destruction des *végétations*, d'où les noms d'*endocardite ulcéreuse* et d'*endocardite végétante* qu'on a donné à cette affection.

III. Forme métastatique. — Elle est caractérisée par un début brusque, une extrême gravité, la disparition ou l'amoindrissement considérable des affections articulaires.

La marche de cette forme est très-rapide: la dyspnée, les lipothymies, l'anxiété sont portées à un très-haut degré; les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers; en même temps le pouls est très-faible; il y a des sueurs froides et des accès de suffocation. La terminaison habituelle est la mort, qui survient très-rapidement, souvent en quelques heures. Cette forme s'observe aussi dans la *dartre*, dans la *maladie hémorrhoïdaire* et surtout dans la *goutte* : c'est la *goutte remontée*. Dans la *forme anomale* de cette dernière maladie, c'est-à-dire dans la goutte qui ne s'accompagne pas d'affections articulaires, nous avons observé des *accès* d'endocardite avec douleur énorme à la région précordiale; battements tumultueux et irréguliers du cœur; dyspnée considérable; congestion pulmonaire et petites hémoptysies; mouvement fébrile considérable; pouls irrégulier, rapide, tantôt fort, tantôt faible.

IV. Forme bénigne. — C'est la plus fréquente de toutes; elle passerait inaperçue sans les signes fournis par l'auscultation. Il faut bien se garder de diagnostiquer une endocardite bénigne

toutes les fois qu'on entend un léger bruit de souffle dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Pour admettre l'existence d'une inflammation même légère du cœur, il est nécessaire que le bruit de souffle ait une certaine intensité; il faut, en outre, que les bruits très-clairs et très-sonores de l'*artère pulmonaire* indiquent un excès de réplétion de ce vaisseau et par conséquent un affaiblissement des contractions musculaires du cœur, signe certain de l'inflammation de la séreuse. Cette forme de l'endocardite, n'entraîne jamais directement la mort; mais elle est une source fréquente de lésions valvulaires incurables.

Anatomie pathologique. — Nous ne rappellerons que les choses indispensables : le siége de la lésion aux orifices et sur les valvules ; la formation et le dépôt de produit pseudo-membraneux; la rupture des brides des valvules; la perforation et les adhérences vicieuses de ces voiles mobiles, l'ulcération de la séreuse, l'infiltration du sang dans le tissu musculaire et la formation d'une sorte d'anévrysme aigu.

Traitement. — Les principaux médicaments sont: *aconitum*, *colchicum*, *spigelia*, *belladona*, *cannabis*, *arsenicum*, *phosphorus*, *digitalis*, *tabacum*, *lachesis vipera* et *cactus*. *Aconitum* est le médicament du début. Il est indiqué par un mouvement fébrile intense, un pouls dur et fréquent, des palpitations de cœur énergiques avec douleur sécante, sensation d'un coup violent à la région précordiale ou à l'épigastre; chaleur et rougeur de la face; soif; tendance à la syncope; respiration courte; urine brûlante, rouge foncé. — L'intermittence du pouls n'est point une contre-indication. J'emploie habituellement la 2e ou la 3e trituration, 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures.

Colchicum a pour lui l'expérience clinique; sa pathogénésie est peu riche encore. Cependant Hartmann a noté : oppression avec anxiété; douleur déchirante à la région cardiaque en respirant; palpitations très-fortes et irrégulières; pouls contracté, vite et très-fréquent; urines rares, rouges et troubles.

Spigelia, que nous retrouverons à propos du traitement des

affections valvulaires, convient à un degré plus avancé, quand le mouvement fébrile a diminué, quand les lésions des orifices sont déjà caractérisées. Les symptômes de ce médicament sont: palpitations violentes avec anxiété et dyspnée, palpitations avec accès subits de suffocation; sensation d'ondulation, de tremblement au cœur; inégalité et intermittence des battements; augmentation des symptômes par l'action de lever les bras. Les urines laissent déposer un sédiment blanchâtre.

L'expérience physiologique et l'observation clinique concourent pour indiquer *phosphorus* dans l'endocardite; seulement il n'est pas encore possible de préciser ses indications.

Arsenicum convient dans les cas graves, quand *aconitum* et *colchicum* ont échoué; il est indiqué par des accès de suffocation nocturnes; un état lipothymique; pouls irrégulier, faible, petit et tremblant; battements violents et anxieux du cœur; urines troubles, quelquefois sanguinolentes et albumineuses.

Lachesis et *vipera* conviennent à peu près dans les mêmes circonstances qu'*arsenicum*. *Cactus* m'a rendu des services; mêmes indications qu'*aconitum*.

Nous retrouverons les autres médicaments à propos du traitement des affections valvulaires.

CHAPITRE II

CARDITE

La *cardite* ou *myocardite* est l'inflammation du tissu musculaire du cœur; cette affection est toujours symptomatique, elle présente deux variétés principales: une circonscrite et l'autre diffuse.

La *cardite circonscrite* est toujours liée à une endocardite ou à une péricardite aiguë, elle peut se terminer par suppuration et la formation d'un *abcès du cœur*. Cet abcès devient lui-même l'origine soit d'une *perforation*, soit d'une ulcération qui détermine plus tôt ou plus tard un *anévrysme*.

La *cardite diffuse* est caractérisée anatomiquement par le ramollissement des fibres charnues et leurs dégénérescences

granulo-graisseuses. Cette variété peut compliquer l'endocardite, mais de plus elle est fréquente dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives et dans la diathèse purulente. Ses principaux symptômes sont : la faiblesse du pouls, la faiblesse de l'impulsion cardiaque, des bruits sourds, de la dyspnée et principalement une grande tendance à la lipothymie.

La mort par syncope est une terminaison fréquente de cette variété de myocardite.

Traitement. — L'indication principale en dehors de celles qui naissent de la maladie, dont la cardite n'est qu'un symptôme, se tire de la tendance aux lipothymies et à la syncope. *Aconit* répond souvent à l'ensemble des symptômes ; mais les venins et en particulier *vipera* sont indiqués par la lésion et par les symptômes. C'est le médicament qui nous donne le plus de confiance. Je le prescris à la 3e trituration. Le vin et l'alcool sont quelquefois nécessaires.

CHAPITRE III

AFFECTIONS VALVULAIRES

L'endocardite laisse le plus souvent à sa suite des lésions valvulaires, d'où naissent les *rétrécissements* et les *insuffisances* des orifices du cœur, suivies de l'hypertrophie, avec ou sans dilatation, des parois du cœur. Ces différentes lésions à marche chronique, avec leur retentissement nécessaire sur l'organisme, constituent les *affections organiques* du cœur. Nous rappellerons qu'en dehors de la description classique de l'endocardite, il existe des cas nombreux dans lesquels l'inflammation de l'endocardite est primitivement localisée aux orifices du cœur ; que dans ces cas l'affection a une marche chronique et s'accompagne de très-peu de symptômes ; qu'en un mot, il existe une *endocardite latente*, et que c'est elle qui donne le plus souvent naissance aux affections organiques du cœur. Ces endocardites latentes sont quelquefois *essentielles ;* mais le plus souvent elles ne sont

que des affections rhumatismales, goutteuses, hémorrhoïdaires ou dartreuses.

Une analyse pathologique exagérée a permis de décrire séparément le rétrécissement et l'insuffisance de chacun des orifices du cœur. Mais *l'insuffisance et le rétrécissement coïncident toujours sur le même orifice* (1), et les symptômes généraux diffèrent surtout quand la lésion siége à la valvule mitrale et quand elle siége à la valvule aortique. Nous n'écrirons donc que deux chapitres sur ce sujet: *affections des valvules aortiques; affection de la valvule mitrale.*

Nous indiquerons les signes qui indiquent la prédominance du rétrécissement ou de l'insuffisance. Enfin nous décrirons en peu de lignes les mêmes affections quand elles siégent sur le cœur droit.

AFFECTIONS DES VALVULES DE L'AORTE

Anatomie pathologique. — Il y a *insuffisance* des valvules sigmoïdes toutes les fois que ces valvules ne peuvent plus fermer complètement l'orifice aortique pendant la diastole du cœur; que ce défaut d'occlusion tienne à la simple rigidité des valvules, à leur déformation, à des adhérences, à des perforations, ou même à une destruction partielle. L'insuffisance a donc pour résultat immédiat le retour dans le ventricule relâché, d'une quantité plus ou moins considérable du sang, chassée dans l'aorte pendant la systole. Ce désordre de la circulation amène bientôt une distension du ventricule gauche, par accumulation du sang; et comme en même temps ce désordre nécessite de la part du ventricule des efforts continus et considérables, l'*hypertrophie excentrique* du ventricule gauche est *toujours* une suite de l'affection des valvules de l'aorte lorsque l'insuffisance prédomine; et elle atteint ici un degré plus élevé que dans toute autre maladie. On a donné à cette lésion le nom fort juste d'*hypertrophie compensatrice*, puisqu'elle permet

(1) *Cette loi* d'anatomie pathologique a été *découverte* huit ans après la publication de la première édition de ce livre, en 1876, par un professeur de clinique de Marseille.

au cœur de remplir presque régulièrement toutes ses fonctions, malgré la lésion des orifices.

Les mêmes lésions des valvules produisent un *rétrécissement* plus ou moins prononcé, et qui va quelquefois jusqu'à réduire le diamètre aortique au calibre d'une plume d'oie. Quand les *déformations*, les *épaississements* et les *adhérences* des valvules ne produisent pas un rétrécissement *apparent*, la perte d'élasticité de la zone fibreuse qui entoure les orifices du cœur produit un rétrécissement *réel*, par défaut d'extensibilité. Lorsque le rétrécissement prédomine sur l'insuffisance, le sang ne reflue pas d'une manière notable dans le ventricule gauche; aussi dans ce cas on n'observe qu'une *hypertrophie simple*, développée par les efforts continus que le ventricule est obligé de faire pour chasser le sang à travers l'orifice rétréci.

L'affection des valvules aortiques est de toutes les affections organiques du cœur celle qui présente le moins de gravité ; elle est compatible pendant longtemps avec un état de santé relatif. Cette absence de symptômes graves avec des lésions considérables tient au développement de l'hypertrophie du ventricule gauche, hypertrophie qui, pendant longtemps, lutte avec avantage contre les obstacles à la circulation, créés par la lésion de l'orifice aortique. Dans cette première période, les symptômes principaux sont des palpitations et surtout des battements de cœur excessivement énergiques qui ébranlent tout le thorax ; un très-léger degré de dyspnée. Quand l'insuffisance prédomine, les malades présentent, en outre, une coloration vive de la face, des vertiges et une tendance aux hémorrhagies nasales et cérébrales. Quand, au contraire, le rétrécissement est considérable, on voit surgir les signes de l'anémie cérébrale : pâleur de la face, frilosité, tendance aux syncopes, quand le malade quitte la position couchée.

Les malades atteints d'insuffisance aortique affectionnent le *décubitus horizontal*, au contraire de ceux atteints de lésion de l'orifice mitral qui sont constamment assis dans leur lit; cela tient à ce que la position horizontale lutte dans l'insuffisance, contre le reflux du sang dans le ventricule gauche ;

tandis que dans l'insuffisance mitrale elle favorise le reflux du sang dans les oreillettes (Gueneau de Mussy).

Les *signes physiques* varient dans l'insuffisance et dans le rétrécissement. Dans le premier cas, on constate un bruit de souffle diastolique, ayant son summum d'intensité à la base du cœur, au niveau du deuxième espace intercostal, sur le bord droit du sternum, et se prolongeant dans l'aorte. En même temps, on constate une augmentation considérable du diamètre transversal du cœur et un déplacement de sa pointe, qui est portée en bas et en dehors, vers la huitième côte. Les artères périphériques sont le siége de battements énormes ; elles présentent un double bruit de souffle ; le premier produit par l'afflux trop considérable du sang ; le second, qui est dû au reflux du sang en arrière dans tout le système artériel et qui correspond à la diastole du cœur et à la systole des artères. Le pouls est *très-grand*, vibrant, s'élevant brusquement comme un ressort, et retombant plus brusquement encore. Cette *rétrocédance* du pouls s'augmente encore si on tient le bras élevé dans la position verticale. Ce pouls est pathognomonique ; le tracé sphygmographique donne une branche ascendante verticale, très-haute et terminée par un crochet, une branche descendante avec un dicrotisme très-marqué. Souvent l'hypertrophie du cœur détermine une voussure du thorax.

Dans le *rétrécissement* la matité est moindre, mais il existe un *frémissement cataire* bien marqué. Le bruit de souffle est systolique ; il a le même siége que dans l'insuffisance : le pouls est petit et dépressible.

Quand le rétrécissement est très-prononcé, le pouls est bien moins fort et, d'après Jaccoud, il présenterait au sphygmographe une plate-forme analogue à celle produite par l'incrustation dite sénile des artères. Un signe plus pratique, c'est l'absence du double bruit de souffle perçu dans les carotides et dans les artères éloignées, la crurale, par exemple. Quand le rétrécissement qui complique l'insuffisance aortique est notable, on n'entend dans les artères qu'un seul bruit de souffle, celui qui correspond au premier temps du cœur, et qui est dû au rétrécissement aortique. Dans quelques cas, ce bruit n'est même pas

transmis, en sorte que les carotides ne sont le siége d'aucun bruit pathologique.

Dans bon nombre de cas l'auscultation du cœur ne permet d'entendre qu'un seul bruit de souffle très-prolongé et un silence. Ce phénomène tient d'une part à l'intensité et à la longueur du bruit de souffle qui couvre les autres temps du cœur et aussi à ce que les valvules déformées ne produisent plus le bruit normal.

L'affection de l'orifice aortique marche lentement et présente quelquefois des aggravations irrégulières. Ces aggravations, dues à un retour de l'endocardite à l'état aigu, s'accompagnent d'un grand trouble dans la circulation; les battements deviennent tumultueux, la dyspnée considérable, le pouls irrégulier, petit, insensible, le cœur est en *asystolie;* la véritable expression serait en *ataxie*, car le désordre et le désaccord forment le caractère de cet état. Souvent il existe en même temps une violente douleur sous-sternale. Au bout de quelques jours, tous ces symptômes disparaissent, et l'affection reprend son cours paisible et sa bénignité apparente. Après plusieurs années, il survient un moment où le tissu du cœur subit une dégénérescence graisseuse, l'hypertrophie *compensatrice* devient incapable de lutter contre les obstacles de l'orifice artériel; alors l'affection entre dans sa deuxième période, véritable *cachexie cardiaque.*

L'œdème, qui s'était montré d'une manière passagère, devient définitif, et progresse chaque jour. La dyspnée suit la même phase que l'œdème, et les malades périssent lentement par une asphyxie progressive, ou ils succombent brusquement à la syncope, ou encore à un des accidents dus à l'*embolie.* Ces accidents sont divers et varient avec les organes dans lesquels se produit l'oblitération artérielle ; on a signalé le ramollissement cérébral, l'apoplexie du foie et la gangrène des membres.

Notons encore diverses complications qui viennent souvent changer la physionomie de cette seconde période. L'inflammation, qui a produit et qui entretient la lésion de l'orifice aortique, peut gagner l'aorte et produire la dilatation, le rétrécissement et surtout l'incrustation athéromateuse de cette

artère, elle peut encore envahir la valvule mitrale et combiner ainsi les deux principales affections du cœur. L'insuffisance de la valvule mitrale pourrait encore se produire par un autre mécanisme. L'hypertrophie excentrique, compensatrice de la lésion de l'orifice aortique, amène l'agrandissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et la valvule mitrale devient trop petite et insuffisante. Cette dernière explication me paraît un peu forcée, par cette raison que dans les autopsies, on signale toujours, avec l'insuffisance mitrale, l'existence de végétations, d'épaississements, de rigidités qui prouve que le travail inflammatoire est le mécanisme principal de cette complication. Quoi qu'il en soit, il faut compter l'insuffisance mitrale parmi les complications possibles des affections de l'orifice aortique. C'est à cette complication qu'il faut attribuer principalement le défaut d'équilibre entre la pression artérielle et la pression veineuse, défaut d'équilibre qui produit d'une part la faiblesse du pouls, la diminution considérable des sécrétions, celle des urines en particulier; et d'autre part les congestions du foie et l'anasarque.

Nous devons insister sur la fréquence de la mort subite dans les affections de l'orifice aortique. Cette terminaison se comprend facilement si on se rappelle que la circulation n'est possible, dans ces cas, que par l'hypertrophie et la surexcitation du ventricule gauche ; si, par une circonstance quelconque, une saignée, une hémorrhagie, une émotion, une privation d'aliments, une fatigue excessive, il survient une syncope, le sang reflue de l'aorte dans le cœur, le distend outre mesure, et il peut arriver que cette accumulation soit telle que le ventricule gauche soit tout à fait incapable de chasser cette masse de sang ; dans ce cas la syncope devient définitive.

Pour plus de clarté, nous avons décrit l'insuffisance pure et le rétrécissement pur; mais nous l'avons dit, ces deux lésions coïncident toujours à un certain degré, et il faut tenir compte dans la pratique de la réunion ordinaire des deux lésions.

AFFECTIONS DE LA VALVULE MITRALE

Elle s'accompagne, beaucoup plutôt que l'affection des val-

vules aortiques, de dyspnée, d'hydropisie et des autres symptômes propres aux maladies organiques du cœur; elle est aussi plus rapidement mortelle.

Anatomie pathologique. — L'endocardite, lorsqu'elle s'est localisée sur la valvule mitrale, déforme cette valvule, l'épaissit, crée des adhérences morbides; détruit l'élasticité de l'ouverture auriculo-ventriculaire; change la souplesse et l'extensibilité nécessaire au jeu naturel de cet organe en une rigidité qui, à elle seule, produit souvent le rétrécissement de l'orifice et l'insuffisance de la valvule.

L'obstacle à la circulation créé par la lésion de la mitrale à l'orifice auriculo-ventriculaire a pour effet immédiat la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche; puis, par extension, la dilatation des veines pulmonaires, l'accumulation du sang en excès dans le poumon et l'hypertrophie du ventricule droit. Il faut ajouter à ces lésions la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche, quand l'insuffisance prédomine; et, au contraire, l'atrophie de ce même ventricule lorsque le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire réduit notablement la quantité du sang qui passe de l'oreillette dans le ventricule.

Ces hypertrophies et ces dilatations s'expliquent naturellement par l'obstacle au cours du sang, qui naît de l'affection de la valvule mitrale; c'est l'application d'une loi d'anatomie pathologique formulée par J.-P. Tessier : quand un rétrécissement siége sur un canal, toute la portion située en arrière du rétrécissement s'hypertrophie, tandis que la portion située en avant s'atrophie. Dans l'insuffisance, à chaque contraction du ventricule, une partie du sang est chassée dans l'oreillette au travers de l'orifice incomplètement fermé; dans le rétrécissement, le sang arrive lentement et en quantité trop faible dans le ventricule gauche; dans l'un et l'autre cas, le sang s'accumule dans l'oreillette gauche, le poumon et le cœur droit. Les hypertrophies déterminées par cet obstacle au cours du sang sont *compensatrices;* elles luttent quelque temps contre les effets de la lésion des valvules; mais jamais elles ne peuvent remé-

dier à la congestion pulmonaire ; aussi la dyspnée est constante et apparaît dès le début de l'affection de la valvule mitrale.

L'affection de la valvule mitrale a une marche chronique et irrégulière, avec des améliorations et des aggravations. Les aggravations sont habituellement dues à des recrudescences de l'endocardite. Les symptômes habituels sont la dyspnée, un catarrhe pulmonaire qui s'établit plus ou moins rapidement ; des apoplexies pulmonaires. Pendant quelque temps, l'hypertrophie du ventricule droit compense suffisamment l'obstacle de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche pour que le système artériel reçoive une quantité de sang suffisante. Mais il arrive un moment où la compensation est insuffisante ; l'équilibre se rompt, et la maladie marche vers la cachexie. Alors le système artériel ne reçoit plus assez de sang ; d'où la faiblesse croissante du pouls, les vertiges et les symptômes d'anémie cérébrale, la diminution des sécrétions. Les urines peuvent servir de mesure à la diminution de la pression artérielle ; elles décroissent avec elle, deviennent épaisses, rouges et bourbeuses ; et le système veineux s'emplissant de proche en proche, produit la teinte violacée, l'œdème, l'engorgement du foie, qui descend jusque vers l'ombilic, l'ictère, la diarrhée, l'engorgement des reins, les urines albumineuses, l'embarras de la circulation cérébrale, la somnolence, les troubles psychiques variés. Cependant l'hydropisie fait des progrès et devient bientôt le symptôme dominant ; elle remonte des malléoles à la partie supérieure du tronc, détermine l'ascite et l'hydrothorax ; les malades ne peuvent plus se coucher ; un érythème, extrêmement douloureux, se développe sur les membres inférieurs énormément tuméfiés ; des ulcérations remplacent l'érythème ; la sérosité, qui infiltre le tissu cellulaire, s'écoule continuellement par ces plaies ; la cachexie cardiaque se prononce de plus en plus ; il survient des taches de purpura, des gangrènes, et les malades succombent asphyxiés dans un demi-coma et après d'horribles souffrances.

Plus souvent que dans toute autre affection cardiaque, on observe dans le cours de l'insuffisance ou du rétrécissement mitral, l'ensemble des symptômes auquel on a donné le nom d'*a-*

systolie. Ce syndrome est caractérisé par des battements tumultueux et irréguliers, par l'extrême faiblesse et la fréquence du pouls, par une dyspnée proportionnée aux désordres des mouvements du cœur ; ce désordre est dû à la rupture de la compensation hypertrophique. Cette rupture peut être définitive, et l'asystolie n'est dans ce cas que le commencement de la fin ; elle peut au contraire être accidentelle, et nous l'attribuons à une recrudescence de l'endocardite. Nous rappelons encore la formation de caillots dans le cœur ; caillots qui peuvent tuer directement en empêchant les mouvements du cœur ; et qui, dans d'autres cas, produisent des accidents dans les organes éloignés par leur migration : affections cérébrales, asphyxie pulmonaire, gangrène des extrémités, etc., etc.

Signes physiques de l'insuffisance mitrale. — La pointe du cœur est déjetée du côté de l'aisselle par l'hypertrophie du ventricule droit ; en même temps on constate une impulsion tout le long du sternum et au creux épigastrique. La percussion fait reconnaître une matité transversale considérable. L'auscultation permet d'entendre un bruit de souffle systolique, dont le summum d'intensité existe à la pointe du cœur gauche.

Signes physiques du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche. — On rencontre les mêmes signes de l'hypertrophie du ventricule droit, plus un léger *frémissement cataire* vers la pointe ; mais on est encore loin de s'entendre sur les bruits de souffle qui accompagnent le *rétrécissement* de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Voici ce que la clinique a démontré sur ce point : il y a des cas où il existe un bruit de *soufflle systolique* ; il y en a d'autres où le bruit du *souffle est diastolique*. Dans un certain nombre de cas le bruit de souffle occupe le grand silence immédiatement avant la systole ; il est *présystolique*. Enfin dans certains cas il n'y a aucun bruit de souffle.

Le bruit du *souffle systolique* est tout à fait inexplicable par un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Ce bruit est le signe de l'*insuffisance* du même orifice. Aussi, quand avec un rétrécissement il n'existe qu'un bruit de souffle systolique, nous n'hésitons pas à dire qu'il y a une *insuffisance concomitante*

(on se rappelle que nous avons dit qu'il existait toujours simultanément une insuffisance et un rétrécissement) qui donne lieu au bruit de souffle entendu et que le rétrécissement est complètement muet, ce qui arrive bien souvent.

Les bruits des souffles *diastolique* et *présystolique* s'expliquent parfaitement. Au moment de la diastole, le sang se précipite de l'oreillette dans le ventricule, et si son mouvement est assez rapide il produit un *bruit sourd*, *bruit diastolique* ; mais qu'on se rappelle qu'au moment où la systole va remplacer la diastole, l'oreillette se contracte pour achever de se vider. Eh bien, pendant cette systole auriculaire, systole qui est d'autant plus énergique que l'oreillette est hypertrophiée, il peut se produire un bruit de souffle intense ; c'est le bruit *présystolique*, ainsi appelé parce qu'il précède immédiatement la systole ventriculaire. Quelquefois on entend les deux bruits normaux, puis le souffle présystolique, ce qui donne lieu à trois bruits rhythmés comme le *rappel* ou le *galop*.

Dans l'insuffisance, comme dans le rétrécissement, on continue d'entendre le deuxième bruit normal du cœur à la base du cœur, à moins que le bruit de souffle ne soit assez fort pour le couvrir. Notons encore que la réplétion considérable de l'artère pulmonaire renforce considérablement le deuxième bruit du cœur droit.

Il est rare que la réunion du rétrécissement et de l'insuffisance ne produise pas un double bruit de souffle.

Nous désirons faire remarquer d'une manière toute spéciale que l'affection de la valvule mitrale, rétrécissement ou insuffisance, peut exister sans bruit de souffle. Nous fondons cette opinion : premièrement sur la disparition momentanée du bruit de souffle dans les affections bien constatées de la valvule mitrale, les autres signes de la lésion continuant d'exister ; secondement sur l'observation d'un certain nombre d'affections du cœur caractérisées par l'irrégularité des battements du cœur, le pouls particulier de l'insuffisance mitrale, la pléthore veineuse, les hydropisies et les autres symptômes de la cachexie cardiaque, sans qu'une auscultation presque journalière ait

permis de constater autre chose qu'un timbre plus sourd dans lss bruits du cœur.

Le pouls des affections de la valvule mitrale est petit, souvent irrégulier et intermittent. Cette intermittence du pouls coïncide avec une contraction du cœur; c'est une fausse intermittence, mais elle est caractéristique parce qu'elle montre que le cœur se contracte sur une quantité de sang trop petite pour que l'ondée sanguine puisse arriver à la radiale. Elle démontre donc qu'il y a un obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire.

Ce pouls est pathognomonique. Quand la maladie s'aggrave, il devient misérable, et souvent il disparaît à l'un des bras ou même à tous les deux, pour reparaître s'il survient un peu de mieux; si l'amélioration persiste le pouls redevient tout à fait régulier.

AFFECTIONS DES VALVULES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET DE LA VALVULE TRICUSPIDE.

Ces affections sont extrêmement rares; les lésions sont en tout comparables à celles que nous avons décrites pour le cœur gauche; les signes physiques sont l'hypertrophie excentrique du ventricule droit, un bruit de souffle au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire au niveau du troisième cartilage costal gauche. Dans l'insuffisance, le bruit de souffle est au deuxième temps, il est au premier temps dans le rétrécissement. On n'observe jamais dans cette affection le pouls de l'insuffisance aortique, ni les signes de congestion vers la tête, mais des signes de congestion du poumon; la pléthore veineuse et ses suites : hydropisie, cyanose, etc., sont plus promptement engendrées par le rétrécissement que par l'insuffisance.

Les signes physiques de l'insuffisance de la tricuspide sont la dilatation énorme des jugulaires et le *pouls veineux*, engendré par le reflux du sang, à chaque contraction du ventricule droit, un bruit de souffle au premier temps vers la base du sternum.

Le rétrécissement est excessivement rare et a pour signes un bruit au deuxième temps, ou un bruit *présystolique*.

Les affections de la tricuspide entravent très-rapidement la circulation veineuse et produisent, presque dès le début, tous les symptômes des maladies organiques du cœur.

Les lésions du cœur droit, si rares après la naissance, sont fréquentes, au contraire, pendant la vie intra-utérine. L'hypertrophie compensatrice s'établit pendant la première enfance; et la vie est compatible bien plus longtemps avec ces affections quand elles sont congénitales que lorsqu'elles se développent accidentellement.

On observe encore les lésions du cœur droit comme affection consécutive des lésions de la valvule mitrale. Le cœur droit, nous l'avons dit, s'hypertrophie pour vaincre la résistance plus grande de la circulation pulmonaire; et cette hypertrophie a quelquefois pour effet la production d'une insuffisance tricuspide.

Nous devons rappeler encore avant de terminer, que les affections des orifices se compliquent souvent les unes et les autres, et que les malades présentent alors des signes combinés de ces différentes affections. On parviendra toujours à faire une juste analyse de ces signes, si on se rappelle que chaque orifice du cœur donne lieu à deux bruits normaux; que ces bruits ont leur summum d'intensité et un siége déterminé que nous avons indiqué. Exemple : insuffisance mitrale coïncidant avec une insuffisance aortique; à la base, on entendra un bruit de souffle au second temps dû à l'insuffisance aortique; à la pointe, un bruit de souffle au premier temps, dû à l'insuffisance mitrale. De plus, on entendra à la base le premier temps normal mélangé avec le bruit du souffle de la pointe entendu par propagation, et souvent à la pointe absence complète du second bruit. La révolution cardiaque se composera seulement du souffle du premier temps et du grand silence. Dans ces cas, le second bruit normal de la pointe, dû au passage du sang de l'oreillette dans les ventricules, disparaît, et le retentissement du deuxième bruit naturel de la base étant supprimé par le fait de l'insuffisance aortique, il n'existe à la pointe que le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale au premier temps, prolongé par le retentissement du bruit de

souffle aortique au deuxième temps; on n'entend plus qu'un souffle et un silence. C'est ainsi qu'on analysera tous ces cas complexes, et le plus souvent on arrivera à un diagnostic précis.

Traitement. — L'imperfection de la matière médicale pour ce qui a trait aux signes physiques et aux caractères du pouls, l'absence de diagnostic précis dans la plupart des observations publiées, ne nous permettent pas d'exposer aussi nettement que nous le voudrions cette partie du traitement des affections du cœur.

Quand l'*affection des valvules aortiques* domine. — *Aconitum* est indiqué dans l'endocardite chronique localisée sur l'orifice aortique.

C'est un excellent médicament et qui nous a donné de bons résultats. Nous avons obtenu quelques cas de guérison complète chez les enfants, mais il faut continuer le médicament, en variant la dose de la 1re à la 30e dilution pendant des mois.

Arsenicum et arséniate d'antimoine répondent par leur pathogénie à l'endocardite. Ces deux médicaments sont indiqués de préférence à l'aconit par les aggravations nocturnes et par un degré prononcé d'anémie.

Phosphorus a donné aussi de bons résultats et présente un pouls en rapport avec la lésion qu'il s'agit d'attaquer. *Apis mellifera* a été donné empiriquement. *Nitrum* qui donne un *pouls grand* (Bœnninghausen), des palpitations avec dyspnée, douleurs lancinantes dans le côté gauche du thorax et principalement à la région précordiale, est encore indiqué.

Quand l'affection de la *valvule mitrale* prédomine. — *Digitalis spigelia, arsenicum, tabacum, lachesis, vipera, naja, china*, sont les principaux médicaments; tous correspondent aux battements irréguliers du cœur, à la faiblesse et à l'inégalité du pouls; à l'œdème et à tous les troubles engendrés par la pléthore veineuse. *Digitalis* sera préféré quand le pouls est lent, petit, irrégulier, et qu'il *s'accélère au moindre effort*; l'urine est rouge foncé, quelquefois brunâtre et en *très-petite quantité*; il y a diminution de la pression artérielle.

Lachesis est un très-bon médicament dans les affections organiques du cœur ; il correspond à l'ensemble des symptômes, mais il est difficile de préciser son action. La tendance aux syncopes, un commencement d'asphyxie, des urines très-fréquentes et brûlantes, le purpura et les plaques érythémateuses sur les membres inférieurs œdématiés, indiquent plus particulièrement le *lachesis*. *Crotalus, elaps corallina*, *naja*, *vipera torva* et *curare* remplacent quelquefois avantageusement le *lachesis*.

Arsenicum sera préféré quand il y a des aggravations nocturnes considérables, une grande agitation et beaucoup d'angoisses.

Spigelia convient quand le pouls est intermittent et qu'il existe une douleur précordiale notable.

Tabacum est indiqué par le pouls irrégulier et intermittent.

Spongia. — Richard Hughes conseille ce médicament, d'après les expériences du Dr Wells, comme un des plus efficaces dans les lésions des valvules. Le principal symptôme qui indiquerait ce médicament est un réveil subit la nuit avec sentiment de suffocation. Le Dr Wells affirme avoir, à plusieurs reprises, vu disparaître les bruits du souffle par l'usage de spongia. On prescrit les 2e et 3e décimales.

Plumbum qui dans les empoisonnements saturnins produit une endocardite chronique et des endartérites disséminées est évidemment indiqué dans les lésions valvulaires. Dans la pathogénésie de ce médicament nous trouvons : palpitations, sensation de bouillonnement avec angoisse, douleur, dypsnée, respiration haletante, accès de suffocation avec anxiété.

Dans la période de cachexie, quand l'hydropisie est considérable, je ne connais pas de médicaments homœopathiques, excepté la digitale, qui aient une action favorable sur l'ensemble des symptômes. Hartmann signalait déjà cette lacune de la thérapeutique ; et, à ma connaissance, elle n'a pas été comblée, à moins que *senega*, proposé par le Dr Gallavardin, ne puisse agir efficacement dans ce cas. Il faudra donc ici administrer la digitale sous la seule forme qui soit efficace : la décoction des feuilles de la plante. On prescrit de 2 à 4 grammes

de feuilles pour 100 grammes d'eau ; 4 à 6 cuillerées en vingt-quatre heures.

La diurèse et la régularité du pouls suivent très-rapidement l'administration de cette préparation. Si les urines cessent d'être abondantes, il faudra suspendre immédiatement le médicament, car il ne faut pas oublier que la digitale est dans ce cas un médicament parfaitement homœopathique et qu'à cette dose, s'il dépasse son action bienfaisante, il développe rapidement tous les symptômes de l'asystolie.

Si la digitale reste inefficace et qu'aucun des médicaments homœopathiques ne réussisse à diminuer l'hydropisie, on devra tenter encore un moyen qui a donné quelquefois des résultats inespérés, c'est l'emploi des drastiques.

L'*eau-de-vie allemande*, administrée à la dose de 20 à 40 gr. dans du café noir est le meilleur drastique ; il détermine des selles séreuses fort abondantes, et amène le plus souvent une diminution très-notable et très-rapide de l'hydropisie. Il faut recourir à ce moyen deux et trois fois à deux jours de distance. Jamais cette médication n'a amené une guérison : c'est donc comme palliative que nous la conseillons ; mais ses bons effets peuvent prolonger la vie des malades pendant plusieurs mois et donner au médecin le temps d'essayer une autre médication. Il faut savoir que les drastiques ne sont pas sans inconvénients ; qu'ils doivent être maniés avec prudence, parce qu'ils peuvent jeter le malade dans un collapsus fort grave ; c'est en un mot un moyen dangereux et réservé pour des cas désespérés.

Contre l'anasarque on se trouve quelquefois bien des piqures faites à l'aide d'une aiguille fine. Ce procédé n'a pas, comme les mouchetures faites à l'aide de la lancette, l'inconvénient de produire trop d'inflammation à la peau et de donner lieu à des ulcérations.

On trouvera au chapitre de l'endocardite et à celui de l'angine de poitrine les renseignements nécessaires pour compléter le traitement des affections organiques du cœur.

CHAPITRE IV

HYPERTROPHIE

ATROPHIE, DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE, CANCER, TUBERCULES, PARASITES, ANÉVRYSMES ET RUPTURES DU CŒUR.

Nous ne dirons qu'un mot de ces lésions, dont l'histoire appartient à l'anatomie pathologique, et qui présentent un intérêt pratique très-restreint.

Les *hypertrophies* se rattachent principalement à l'existence d'obstacles à la circulation; nous en avons parlé à propos des lésions valvulaires, nous y reviendrons en parlant des maladies de l'aorte. La *dilatation* du cœur se lie constamment à une endocardite ou à une péricardite, et il n'y a pas lieu d'écrire un chapitre pour cette lésion.

L'*atrophie* du cœur est une lésion concomitante des cachexies, ou déterminée par une compression, un épanchement, un amas de tissu adipeux, peut-être même par le simple progrès de l'âge. Ses signes principaux sont : la petitesse du pouls, la faiblesse et l'obscurité des bruits normaux, la pléthore veineuse et quelquefois l'hydropisie et la cyanose.

La *dégénérescence graisseuse* est la transformation du tissu musculaire en graisse. Cette transformation s'observe dans les mêmes conditions que l'*atrophie*, et, en plus, dans l'alcoolisme chronique. Cette lésion se révèle par les mêmes signes que l'atrophie du cœur. Les localisations *cancéreuses*, *tuberculeuses* et *parasitaires* n'offrent qu'un intérêt d'anatomie pathologique.

L'*anévrysme du cœur*, c'est-à-dire la dilatation partielle de ce viscère, est une affection encore assez fréquente, pour que John Thurnam ait pu en réunir 80 cas. La lésion est tantôt bornée à une cavité creusée dans les parois de l'organe, tantôt elle fait dans le péricarde une saillie comparable au volume d'un œuf ou du cœur lui même. Les signes de cette affection sont ceux qu'on a signalés dans toutes les affections organiques du cœur; et aujourd'hui il est encore impossible de faire le diagnostic de l'anévrysme vrai du cœur. Quelquefois cette

affection est tout à fait latente ; elle se termine assez souvent par rupture et compte parmi les affections qui peuvent entraîner la mort subite.

La *rupture du cœur* est un accident qui ne s'observe que sur un cœur dégénéré et dont le tissu est malade. La mort est subite ou au moins très-rapide. Dans ce dernier cas, elle est quelquefois précédée d'une douleur énorme sous le sternum, s'irradiant dans l'épaule et le bras gauche. La mort a lieu par syncope.

Traitement. — Je n'ai rien de particulier à dire sur le traitement de ces lésions ; ici tout est encore à faire, expériences physiologiques et observations cliniques : le médecin choisira, parmi les médicaments déjà signalés, ceux qui sont le plus indiqués par les symptômes et par la lésion.

CHAPITRE V

ANOMALIES ET AFFECTIONS CONGÉNITALES

Elles tiennent à un arrêt de développement ou à une *endocardite* fœtale. Les anomalies s'accompagnent de la persistance du trou de Botal, de l'insuffisance des cloisons, de la persistance du canal artériel, de l'oblitération ou de l'atrophie de l'artère pulmonaire, de l'aorte, etc., etc. Les signes principaux sont : la *dyspnée* et la *cyanose* ; des *bruits de souffle* variables ; le *frémissement cataire* et les signes d'une *hypertrophie* compensatrice. Malgré une cyanose beaucoup plus prononcée que dans les autres maladies du cœur, l'*hydropisie* survient très-rapidement. Nous ne parlerons ni de l'*ectopie* ni de la *dexiocardie*.

Les *lésions valvulaires* déterminées par une endocardite congénitale ont pour caractères d'occuper le cœur droit et d'être compatibles avec un état de santé très-supportable.

CHAPITRE VI

ANGINE DE POITRINE

L'angine de poitrine est presque constamment un syndrome lié à l'existence d'une *aortite chronique*, ainsi que l'a démontré Peter. L'inflammation des tuniques artérielles se propage aux nerfs du plexus cardiaque qui sont en rapport médiat avec l'aorte à son origine; et produit, tantôt les douleurs qui s'irradient si diversement quand elle atteint les nerfs rachidiens, tantôt la lipothymie et la syncope quand elle se propage aux rameaux du grand sympathique; elle produit et les douleurs et les syncopes quand les deux ordres de nerfs sont lésés.

L'angine de poitrine se développe cependant quelquefois en dehors de toute lésion du cœur et de l'aorte. C'est alors une *névralgie* de nature hystérique ou hypochondriaque. L'abus du café et surtout du tabac a une grande puissance sur le développement de cette forme complètement nerveuse surtout chez les hémorrhoïdaires et les goutteux.

I. Forme commune. — Le début de l'angine de poitrine est subit; tout à coup au milieu de la santé le malade est saisi d'une douleur atroce, siégeant habituellement le long du bord gauche du sternum; cette douleur suspend pour ainsi dire l'existence; et il semble au malade, que si elle se prolongeait, la vie s'éteindrait : le malade s'arrête, s'appuie sur les objets qui sont à sa portée ou se serre la poitrine; il n'ose faire ni un mouvement, ni une respiration; il attend anxieux la fin de l'accès. Sa figure est pâle et crispée; le pouls tantôt normal, tantôt petit, intermittent; la peau est froide, et dans un degré plus élevé, l'accès amène une syncope plus ou moins profonde. Au bout de quelques secondes pour les premiers accès, après un temps bien plus long quand la maladie est ancienne, la douleur cesse brusquement, le malade a quelques renvois, des urines abondantes et limpides, et il revient à une santé complète en apparence. Seulement, il conserve le souvenir de cet

accès terrible et la crainte de son retour; il se sent frappé à mort.

Nous avons indiqué le siége de la douleur; habituellement elle se propage dans l'épaule et dans le bras du côté gauche jusqu'au bout des doigts, quelquefois encore assez intense, d'autres fois sous forme d'un simple engourdissement. Dans des cas plus rares, la douleur prend une autre direction : elle peut occuper le bras droit ; s'étendre d'un mamelon à l'autre ; traverser la poitrine d'avant en arrière, comme une épée; remonter à la région antérieure du cœur et le long des mâchoires par les branches du plexus cervical superficiel; gagner l'épigastre, le nerf iléo-scrotal. La douleur n'augmente ni par le mouvement des parties qui en sont le siège, ni par la pression. La respiration n'est nullement troublée pendant l'accès; mais quelquefois les mouvements du cœur sont faibles, irréguliers, suspendus.

La maladie peut se borner à un seul accès, soit qu'il ne s'en présente pas d'autres, soit que la mort arrive pendant sa durée ; mais habituellement la maladie dure plusieurs années, de trois à huit ans : les accès se rapprochent et deviennent plus longs ; se manifestent même au lit et dans le repos le plus complet. Pendant cette longue durée la maladie présente des alternatives de mieux et de plus mal.

II. Forme nocturne. — Au lieu de se manifester par des accès survenus le jour, pendant la marche, pendant un effort, la forme nocturne se manifeste presque toujours la nuit. Le malade réveillé tout à coup par l'accès de douleur angoissante qui caractérise cette maladie se jette brusquement au bas de son lit; et là, debout, penché en avant les bras pendant le long du corps, il attend anxieux, pendant un temps quelquefois fort long, la fin de la crise. D'autres malades se mettent à genoux sur leur lit, se tiennent fortement renversés en arrière, les bras relevés sur la tête.

III. Forme habituelle. — Un certain nombre de malades au lieu de présenter les grands accès types de l'angine de poi-

trine, sont pris chaque jour à l'occasion de la marche, d'un effort, d'une émotion, d'une digestion difficile, d'accès très-multipliés mais peu intenses, ces accès sont caractérisés par une douleur sous-sternale, constrictive et angoissante et qui oblige le malade à s'arrêter.

Cette douleur s'irradie dans le cou, dans l'épaule, dans l'un des bras, le gauche surtout, quelquefois dans les deux.

La forme habituelle se prolonge pendant plusieurs années, mais elle n'a que l'apparence de la bénignité, car elle se termine souvent par la mort subite. J'ai observé cinq ou six fois cette terminaison.

IV. Forme anomale. — L'anomalie se rapporte principalement au siège de la douleur, certains malades présentent une irradiation de la douleur dans le *bras droit* au lieu du bras gauche; d'autres ont des irradiations dans le nerf iléo-scrotal. Chez quelques-uns, enfin, la douleur au lieu de se propager du cœur vers les extrémités, débute, dans la main, dans un doigt et remonte à la région sous-sternale où elle produit l'accès de douleur angoissante et constrictive, caractéristique de l'angine de poitrine. Trousseau a comparé cette douleur d'origine périphérique à un *aura*.

Dans l'*angine de poitrine* la mort arrive pendant un accès et par syncope. La guérison peut être obtenue dans un certain nombre de cas. On a observé quelques cas dans lesquels une névralgie iléo-scrotale, ou une tuméfaction du testicule gauche est venue remplacer l'angine de poitrine.

Étiologie. — Les causes de l'accès sont principalement la marche contre le vent ou sur un terrain qui monte, un effort, le coït, une impression morale, un trouble de la digestion.

Cette maladie est rare avant 40 ans.

Anatomie pathologique. — La lésion du nerf *pneumogastrique* explique les irrégularités et les arrêts du cœur; celle du *phrénique* est en rapport avec le symptôme douleur et les anastomoses avec les plexus cervical et brachial explique les irradiations douloureuses ; la lésion des filets et des ganglions du

grand sympathique est en rapport avec l'anxiété, la lypothimie et la mort imminente.

Traitement. — Les médicaments principaux sont : *sambucus*, *tabacum*, *arsenicum*, *nux vomica*, *cuprum*, *bryonia* et *spigelia*.

L'analyse physiologique, telle qu'elle est exposée dans la matière médicale de Hahnemann, ne donne pas une image exacte de l'angine de poitrine. Les médicaments que nous citons, et qui sont des médicaments du cœur, donnent des symptômes de douleurs dans le thorax, dans les omoplates, dans le dos, dans les bras ; des symptômes d'anxiété et de lipothymie ; mais aucun d'eux n'offre l'ensemble des symptômes qui constituent un accès d'angine de poitrine.

Aussi nous adresserons-nous surtout à l'expérience clinique dejà riche sur ce terrain.

La *Spigelia* est le médicament principal de l'angine de poitrine, il correspond à la douleur angoissante sous-sternale avec irradiation dans le cou et dans les bras ; l'irrégularité du pouls, la tendance à la syncope ; les palpitations, l'aggravation par le moindre mouvement expriment le choix de *spigelia*. Je débute habituellement par la 3e dilution trois ou quatres doses par jour, je descends à trois gouttes de teinture-mère ou je monte à la 6e, à la 12e et à la 30e suivant la susceptibilité du sujet. Je compte de nombreux cas dans lesquels ce médicament m'a donné une guérison durable ou des améliorations de longue durée.

Nux vomica est le médicament qui m'a donné le plus de succès après *spigelia*.

Je lui dois des guérisons complètes dans l'angine de poitrine sans lésion, mais l'existence d'une cardo-aortite n'empêche pas toujours son action bienfaisante. Ce médicament est surtout indiqué chez les hémorrhoïdaires. Si les accès sont à la fois diurnes et nocturnes, s'ils se terminent par des renvois et des vomissements, *nux vomica* est plus particulairement indiqué. La 12e dilution m'a souvent réussi, j'ai également employé la 3e et la 30e.

Bryonia nous a donné des améliorations très-considérables

dans un petit nombre de cas, chez des malades qui n'avaient d'accès qu'à propros du mouvement.

L'abus du café nous ayant paru plusieurs fois avoir joué un rôle dans la production de l'angine de poitrine, on pourrait essayer *coffea cruda*.

CHAPITRE VII

PALPITATIONS NERVEUSES

C'est un symptôme commun à l'*hystérie*, à l'*hypochondrie*, à la *chlorose* et à toutes les maladies dans lesquelles l'*anémie* se produit.

Ce symptôme est caractérisé par des battements précipités souvent très-énergiques, avec ou sans douleur à la région précordiale; en même temps le pouls est petit, d'autres fois cependant il est fort. Les battements du cœur peuvent être irréguliers. Quelquefois on entend un léger bruit de souffle même en l'absence de toute anémie. Ce souffle est dû à une tension anormale des valvules; il s'entend au premier temps.

A propos des névroses du cœur, nous voulons appeler l'attention sur les *intermittences* des battements du cœur.

Ces intermittences sont vraies, c'est-à-dire que le cœur s'arrête et ne bat pas à vide comme dans les affections de la valvule mitrale. Le malade perçoit parfaitement cet arrêt du cœur par un sentiment de malaise à la région cardiaque et par la sensation très-nette de la reprise des mouvements du cœur. Le pouls manque complètement pendant cet arrêt, ces intermittences reviennent irrégulièrement, quelquefois toutes les deux ou trois minutes; d'autresfois à longues distances, deux ou trois fois dans une heure. Les malades éprouvent ce symptôme pendant plusieurs jours, quelquefois pendant des semaines, puis il disparaît pendant quelque temps pour reparaître de nouveau.

Ces *intermittences* sont souvent liées à la dyspepsie; ils s'observent chez les goutteux, les hémorrhoïdaires, les diabétiques, les émotions, les fatigues. Certains aliments, les pâtisseries,

la charcuterie, les pêches pour quelques-uns, le thé, le café ramènent les accès.

Toutes ces affections marchent par accès et sont séparées par des intervalles de santé complète.

Traitement. — *Coffea*, *nux moschus*, *cactus*, *valeriana*, *pulsatilla* sont les principaux médicaments des palpitations nerveuses. *Coffea* est indiqué principalement par des palpitations violentes avec douleur au cœur et urines très-abondantes et très-limpides. — *Nux moschata*, palpitation avec tendance à se trouver mal; *pulsatilla*, palpitations surtout après le repas et souvent avec angoisse et obscurcissement de la vue; *moschus*, palpitations avec pupilles dilatées.

Les *arrêts* dans les battements du cœur demandent principalement : *spigelia*, *cactus*, *sepia*, puis *china ; lycopodium* est indiqué quand ces arrêts surviennent pendant la digestion.

CHAPITRE VIII

SYNCOPE

La syncope est une névrose du cœur, caractérisée par la faiblesse extrême et le ralentissement des battements de cet organe; d'où résulte : la perte de connaissance, la diminution des mouvements respiratoires, le refroidissement et la *mort apparente*. — A un degré moins élevé, le pouls est encore perceptible, la connaissance à demi conservée : c'est la *lypothimie*. La syncope peut se produire indépendamment de toute autre maladie, sous l'influence de causes occasionnelles diverses ; elle constitue alors une maladie essentielle; mais, le plus souvent, la syncope est un symptôme des maladies du cœur, de la pleurésie, des hémorrhagies, de la chlorose, des maladies dans lesquelles on observe l'anémie ou l'albuminurie, de l'hystérie et de l'hypochondrie.

L'absence du pouls, la pâleur de la face, la perte de connaissance, l'insensibilité de la respiration, suffisent pour faire dia-

gnostiquer la syncope. Une auscultation attentive permet de percevoir de loin en loin de faibles bruits cardiaques.

Les causes occasionnelles les plus fréquentes sont : les impressions morales, la douleur, la vue ou le toucher d'un objet de dégoût, la vue du sang, etc.

Il est utile de savoir, *pour le traitement*, que la prolongation de la syncope est due à l'anémie cérébrale.

Une syncope prolongée et complète peut être mortelle en quelques minutes. Cette terminaison est très-rare dans la syncope essentielle.

Traitement. — Coucher le malade dans une position horizontale pour favoriser le retour du sang au cerveau; projeter violemment des gouttes d'eau sur le visage dans le même but; telle est la base du traitement de la syncope.

Dans les cas graves et quand ces moyens ne suffisent pas, il faut appliquer rapidement le *marteau de Mayor* ou la cire à cacheter enflammée sur la région du cœur. On aide à ces moyens en desserrant les malades et en leur donnant beaucoup d'air.

Quand les syncopes se succèdent et qu'il y a un état lipothymique, l'*opium* à haute dose, le *vin* ou l'*eau-de-vie*, sont d'un grand secours parce qu'ils congestionnent le cerveau. Si la syncope était due à une hémorrhagie, la compression des gros troncs artériels, celle de l'aorte abdominale en particulier, est un moyen très-puissant.

La disposition à la syncope sera combattue, suivant les circonstances, par *nux moschata*, *aconitum*, *arsenicum*, *lachesis*, *vipera*, *curare*.

CHAPITRE IX

PÉRICARDITE

La péricardite est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation du péricarde.

La péricardite est presque toujours symptomatique ; elle se

rencontre dans les mêmes circonstances que l'endocardite ; aussi c'est surtout l'histoire de la péricardite rhumatismale que nous possédons ; elle est souvent très-bénigne et peut passer inaperçue.

Dans le cours de la diathèse purulente, la péricardite est fréquente, elle a pour caractère d'être purulente d'emblée.

Dans les affections organiques du cœur, la péricardite survient à titre de complication, et elle affecte presque toujours la marche chronique.

On a observé un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation du péricarde s'accompagnait de productions tuberculeuses ; cette affection est analogue à la péritonite et à la pleurésie tuberculeuse ; sa marche est chronique.

La péricardite peut revêtir le *caractère métastatique*, c'est-à-dire remplacer une autre affection moins grave qui disparaît ou au moins diminue considérablement pendant que la péricardite se développe. On a signalé cette péricardite dans le cours de la goutte, du rhumatisme articulaire aigu et de certaines affections de la peau. Je l'ai vue survenir chez un enfant *scrofuleux* après la suppression brusque d'un *porrigo* du cuir chevelu.

La marche de la *péricardite métastatique* est suraiguë ; elle se termine par la suppuration et est habituellement mortelle.

La péricardite peut encore se développer par la propagation de l'inflammation de la plèvre ou du poumon.

La *péricardite essentielle* est plus fréquente chez les hommes dans une proportion très-considérable. On doit attribuer cette fréquence aux excès, aux travaux pénibles et aux refroidissements plus fréquents chez l'homme que chez la femme. On a signalé des épidémies de péricardite.

La péricardite présente certainement plusieurs formes. Ainsi il y a des cas où la maladie est très-bénigne, d'autres où elle a été mortelle en moins de quarante-huit heures ; quelquefois elle est chronique d'emblée. Mais, comme les auteurs n'ont pas distingué suffisamment la péricardite symptomatique, métastatique et essentielle, nous ne possédons point les éléments nécessaires pour faire l'histoire de ces formes, et nous décrirons seulement la maladie telle qu'elle se montre habituellement.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on divise la péricardite en deux grandes classes : *péricardite sèche*, *péricardite avec épanchement.*

La péricardite sèche correspond à la forme bénigne. C'est celle que l'on observe le plus souvent dans le rhumatisme, et encore, quand l'inflammation du péricarde n'est qu'une complication de l'endocardite.

I. Forme commune. — La péricardite de forme commune s'accompagne toujours d'épanchement; elle débute par un mouvement fébrile peu marqué, de la frilosité plutôt que des frissons; l'absence d'une réaction franche; le pouls petit et irrégulier. En même temps *une douleur* quelquefois très-vive, d'autres fois bornée à un sentiment de malaise, se localise à la région précordiale; cette douleur augmente par la toux et les efforts de la respiration. D'après certains auteurs, elle indiquerait toujours une complication : l'inflammation de la plèvre qui avoisine le péricarde; des *palpitations* irrégulières et survenant par accès; une dyspnée déjà très-notable, achèvent de caractériser le début de la maladie.

Les progrès de la péricardite sont marqués par l'augmentation de la dyspnée et un état lipothymique très-remarquable. Plus tard, si la maladie doit avoir une terminaison funeste, il survient de la somnolence, un délire tranquille, puis le coma; d'autres fois, les malades éprouvent des accès de suffocation considérables. Le pouls de cette forme de péricardite est caractéristique; il est petit, irrégulier et faible : dans les cas graves, sa faiblesse est telle qu'au sphygmographe il donne une ligne à peine ondulée. J.-P. Tessier attribuait la faiblesse du pouls, la tendance aux lipothymies et les syncopes mortelles qui terminent quelquefois la péricardite à la paralysie des muscles cardiaques, paralysie qui est une suite nécessaire de l'inflammation de sa membrane d'enveloppe. A cette paralysie se rattache encore la dilatation énorme du cœur qui accompagne si souvent la péricardite.

Quand les *nerfs phréniques* sont atteints par l'inflammation, la péricardite s'accompagne de symptômes bizarres qui peuvent

égarer le diagnostic. Ces symptômes sont la *dysphagie* et l'*hydrophobie ;* le premier se rencontre plus fréquemment que le second. D'après Bourceret (1), la dysphagie indiquerait toujours l'existence d'une complication, l'inflammation de la plèvre du médiastin. Nous croyons que les phréniques peuvent être envahis par l'inflammation sans que la péricardite s'étende à la plèvre; et, par conséquent, que la dysphagie n'indique pas toujours une complication de pleurésie.

Signes physiques de la péricardite sans épanchement. — Ces signes se bornent à deux : une certaine lenteur dans le mouvement de retrait de la pointe du cœur qui semble adhérer à la paroi thoracique ; un bruit de *frottement.* Le bruit de frottement se distingue du souffle : 1° par son *siège*, qui est habituellement la partie moyennne du cœur, tandis que le souffle occupe les quatre points d'élection que nous avons indiqués; 2° par le *temps* de la révolution cardiaque auquel il se montre. Il peut avoir lieu pendant la systole et la diastole, mais il est irrégulier et empiète d'un temps sur l'autre; souvent il correspond au petit silence, entre le premier et le second bruit, et constitue une variété du *bruit de galop* ou *bruit de rappel* qui se compose de trois bruits : premier bruit du cœur, bruit de frottement pendant le petit silence, puis second bruit du cœur. Cet enchaînement de bruit est pathognomonique des fausses membranes dans le péricarde.

Signes physiques quand l'épanchement est formé. — Matité, éloignement des bruits du cœur et du choc cardiaque, disparition du bruit de frottement, tels sont les phénomènes nouveaux qui indiquent la présence d'un épanchement. Nous n'avons qu'une seule remarque à ajouter, c'est que la matité n'est pas toujours proportionnelle avec la quantité de l'épanchement. Quelquefois des adhérences entre la face externe du péricarde et le poumon fixent et immobilisent celui-ci dans une position où il recouvre moins le cœur que dans l'état normal, et la matité est augmentée même sans épanchement; mais cette cause d'erreur

(1) Thèse de Paris, doctorat 1877.

est facile à éviter ; parce que la fixité du poumon empêche la matité de varier pendant l'inspiration et pendant l'expiration ; mais principalement parce que la palpation et l'auscultation permettent de constater que le cœur ne s'est pas éloigné de la paroi thoracique. Dans d'autres cas, les adhérences empêchent l'épanchement de prendre une extension en avant : le cœur est repoussé profondément vers la colonne vertébrale, et la matité est bien moindre que l'épanchement. Quand l'épanchement est abondant, il existe une *voussure* notable.

Signes physiques quand l'épanchement est résorbé. — Diminution et disparition de la matité, retour des bruits de frottement qui peuvent persister pendant toute la vie des malades. Dans le cas où il existe une adhérence générale du péricarde et du cœur, et que des adhérences pleuro-péricardiques unissent le cœur avec les parois thoraciques et le diaphragme, ces parois suivent les mouvements du cœur, et, à chaque systole, elles subissent un mouvement de retrait proportionnel avec l'étendue de l'adhérence. Quand ces adhérences sont générales, symphyse cardiaque, les régions épigastrique, précordiale et même hypochondriaque, sont agitées d'un mouvement ondulatoire caractéristique. Si les adhérences existent seulement entre la pointe et la paroi thoracique, à chaque mouvement systolique cette paroi subit un mouvement de retrait. La diastole du cœur s'accompagne alors d'un mouvement de propulsion, dû à l'élasticité des parois du thorax qui reprennent brusquement leur place, après avoir été entraînées par la systole cardiaque. Quand il n'y a pas d'adhérences entre la surface externe du péricarde et les parois du thorax, ces signes manquent complètement.

La péricardite peut se terminer par la guérison complète ou par la mort ; mais souvent elle se prolonge indéfinement à l'*état chronique*. La mort peut encore survenir soit par syncope, soit par un retour à l'état aigu, soit à la suite des lésions qui se développent dans le cœur. La lésion la plus fréquente dans ce cas est la *dilatation du cœur* avec *amincissement* de ses parois et souvent *dégénérescence* de son tissu musculaire. Cet état, quand il est prononcé, entraîne la pléthore veineuse, les hydropisies

et les autres symptômes des maladies organiques du cœur. Telles sont les terminaisons et les suites habituelles de la péricardite, auxquelles il faut ajouter la complication fréquente du l'endocardite avec ses suites particulières.

Nous serons très-court sur l'anatomie pathologique de cette maladie. Un *épanchement séreux* et des *fausses membranes* en proportions diverses ; le mélange d'une petite quantité de sang et de pus à l'épanchement ; dans certains cas, un épanchement entièrement purulent. Les *fausses membranes*, continuellement battues par les mouvements du cœur, présentent souvent un aspect réticulé qu'on a comparé à la figure présentée par deux tartines de beurre qu'on séparerait violemment l'une de l'autre. Plus tard, l'épanchement se résout, des adhérences plus ou moins complètes s'établissent et gênent plus ou moins les mouvements du cœur.

Traitement. — *Aconitum* est encore ici le médicament du début ; il devra être donné à la 2e trituration ou même en teinture-mère à doses répétées, une goutte toutes les heures.

D'après Hartmann, *Cannabis* 1re et 2e dilution est indiquée aussitôt que la fièvre a diminué par l'action d'aconit, surtout lorsqu'il existe une douleur tensive et pressive au milieu du sternum, dyspnée et secousses (?) fréquentes dans les deux côtés de la poitrine.

Apis est un médicament qui convient à l'inflammation de toutes les séreuses, il est particulièrement indiqué ici par les douleurs lancinantes dans la région du cœur ; la respiration pénible, accélérée, qui force le malade à s'asseoir ; l'état lipothymique avec froid et vomissement.

Cantharis. — Quoique la pathogénésie homœopathique donne peu de choses pour l'application de cantharis au traitement de la péricardite, il faut se rappeler que cette substance est le principal médicament de la pleurésie.

Arsenicum est le médicament principal après *apis* et *cantharis ;* il est indiqué par l'orthopnée et la tendance aux syncopes. Ces médicaments seront prescrits à la 3e dilution et à doses

répétées. S'il n'y a point d'effet produit, on descendra à la 2e, à la 1re et à la substance elle-même.

La ponction du péricarde a été pratiquée dans quelques cas de suffocation imminente et a été suivie de succès.

CHAPITRE X

HYDROPÉRICARDE

L'hydropisie du péricarde survient dans les mêmes circonstances que les autres hydropisies des séreuses : les maladies organiques du cœur et l'albuminurie.

Cette affection est caractérisée par une matité énorme, l'éloignement des bruits du cœur, la voussure, le pouls petit, irrégulier, intermittent, des palpitations ; mais principalement une dyspnée considérable avec accès de suffocation et un état lipothymique fort notable.

C'est là une complication fort grave de maladies très-graves elles-mêmes ; c'est souvent un phénomène ultime.

Traitement. — C'est le traitement de l'affection principale : *iodium* et *arsenicum* sont indiqués de préférence, parce qu'ils répondent à l'ensemble des symptômes.

La ponction peut rendre dans ce cas de signalés services.

LIVRE II

MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES

Nous décrirons dans ce livre l'*aortite*, maladie mieux connue depuis les recherches contemporaines, le *rétrécissement* et *l'anévrysme* de l'aorte, *l'artérite*, la *phlébite*, l'*angioleucite*, affection des vaisseaux lymphatiques, dont la description doit être rapprochée de celle de la phlébite; enfin nous terminerons par les *varices*.

CHAPITRE PREMIER

AORTITE

Au commencement de ce siècle, on a voulu faire de l'inflammation des artères la lésion des *fièvres* dites *inflammatoires*. Par une réaction exagérée contre cette erreur, on a ensuite nié la fréquence de l'artérite, et, aujourd'hui encore, l'histoire de l'aortite est restée très-obscure. Les travaux de Virchow pour l'anatomie pathologique, et ceux de Bizot, de J.-P. Tessier sur l'évolution et la distinction des symptômes propres à l'aortite, nous permettent cependant de donner une description de cette affection.

L'aortite présente trois formes : la *forme commune*, à marche chronique : c'est de beaucoup la plus fréquente et la mieux connue ; la *forme aiguë*, à marche rapide, affection extrêmement rare et qui n'est pas admise par tous les auteurs ; la *forme douloureuse* ou angine de poitrine décrite précédemment. Ajoutons enfin que, le plus souvent, l'aortite se complique d'une affection du cœur, en sorte que Tessier avait décrit une *cardo-aortite*.

Etiologie. — L'aortite chronique survient le plus souvent entre 40 et 50 ans. Tous les malades que j'ai eu occa-

sion d'observer avaient eu des symptômes incontestables de goutte et surtout d'hémorrhoïdes. L'abus du café, du tabac et surtout des alcools, a été signalé par tous les auteurs comme *causes occasionnelles* fréquentes de l'angine de poitrine et des ossifications de l'aorte, c'est dire que vous retrouverez ces circonstances étiologiques dans presque tous les cas d'aortite chronique. On le voit, ce sont les mêmes causes et les mêmes dispositions morbides qui président aux affections organiques du cœur; aussi est-il fréquent de voir chez le même individu la coïncidence d'une inflammation chronique de l'aorte et d'une inflammation chronique de l'endocarde. La *cardo-aortite* est une affection fréquente; le plus souvent il est difficile de dire laquelle de ces lésions a précédé l'autre, et d'ailleurs elles peuvent être simultanées.

Anatomie pathologique. — Broussais avait démontré que les plaques cartilagineuses et calcifiées, ainsi que les athéromes de l'aorte étaient le produit d'une phlegmasie chronique, et Virchow a confirmé par l'examen histologique l'opinion de Broussais. Au début, l'inflammation de l'aorte ne produit pas encore de plaques cartilagineuses, mais une prolifération du tissu conjonctif dans les tuniques qui a pour résultat la perte d'élasticité des tuniques artérielles, et par conséquent un rétrécissement par défaut de dilatation. C'est en effet une loi physiologique, que tous les canaux du corps humain, qu'ils conduisent de l'air comme la trachée, des liquides excrémentitiels comme l'urèthre ou les canaux biliaires, du sang, comme l'aorte, tous ces canaux sont essentiellement dilatables, et ils se dilatent toutes les fois qu'ils fonctionnent. Mais qu'une inflammation aiguë ou chronique surgisse, les canaux deviennent, dans les points malades, des tubes inextensibles. De là, rétrécissement par défaut de dilatation; de là, dyspnée dans la trachéite; rétention plus ou moins complète de la bile dans l'angéiocholite; de l'urine dans l'uréthrite; de là, symptômes du rétrécissement de l'aorte dans l'aortite.

Mais quand la maladie est plus avancée, la lésion devient plus complexe; la paroi de l'artère est atteinte dans toute son

épaisseur, et elle perd ses propriétés physiologiques. Tout à l'heure c'était sa dilatabilité seule qui était atteinte; maintenant son élasticité est plus ou moins perdue, et les parois cèdent dans une certaine étendue à la pression sanguine; d'où la dilatation consécutive de l'aorte et tous ses inconvénients.

A l'état normal, l'aorte, expansible et élastique, cède au flot sanguin et revient sur elle, condition éminemment favorable à la circulation; mais quand la paroi artérielle est atteinte dans toutes ses tuniques, elle devient un tube presque inerte, incapable de céder à l'ondée sanguine, incapable de revenir aussi sur la colonne sanguine et d'en favoriser la marche, d'où naissent bientôt des désordres analogues à ceux produits par le rétrécissement et l'insuffisance des valvules aortiques : la diminution de pression artérielle, l'augmentation de la pression veineuse, l'albuminurie, l'œdème, l'hydropisie et tout l'ensemble de la cachexie par déchéance de l'hématose et de la nutrition.

D'où aussi les signes sphygmographiques si caractéristiques de l'aortite chronique : le plateau et l'absence de dicrotisme dus à la diminution et à la perte de l'action de l'élasticité de l'aorte dans la circulation.

I. Forme commune. — La maladie débute toujours par de la dyspnée. Cette dyspnée, encore fort modérée dans l'état de repos, présente déjà des accès qui viennent inquiéter et attrister le malade. Ces accès surviennent à propos du mouvement ou des émotions; ils sont plus fréquents après les repas. Chez une dame, le premier accès apparut en dansant. En général, les malades sont mieux quand l'estomac est vide, et presque toujours ils sont plus oppressés après le dîner. Chez certains malades, les accès de dyspnée ont lieu la nuit, comme dans l'asthme.

A cette dyspnée se joint quelquefois un catarrhe qui n'a pas grande signification; mais dès le début, les malades accusent une grande diminution des forces; et les nuits sont souvent troublées par des rêves, des cauchemars et de l'agitation.

La maladie marche plus ou moins vite, mais sans arrêt véritable, la dyspnée habituelle devient plus prononcée de jour en jour; puis apparaissent de grands accès qui font craindre la mort par suffocation ou par syncope. Ces accès ont en effet les caractères de la *dyspnée cardiaque :* le pouls s'accélère, en même temps qu'il devient petit, et finit par disparaître ; la peau est froide, couverte de sueurs froides ; la face est pâle, avec un état lipothymique des plus prononcés. Chez quelques malades il y a perte complète de connaissance dans les grands accès.

Pendant ces accès, l'expiration est habituellement convulsive, comme dans l'asthme. Certains malades exagèrent même cette expiration qui les soulage manifestement ; ils poussent un cri plaintif et prolongé, analogue au *cri du geindre*. Chez quelques-uns, le diaphragme est pris de convulsions cloniques produisant un battement sous-costal, plus fort, disent-ils, à gauche qu'à droite. Une forte pression qui empêche les battements des flancs soulage beaucoup les malades.

Quelques malades ont, à certains moments, une dyspnée silencieuse, caractérisée par une inspiration extrêmement lente et prolongée, exécutée la bouche largement ouverte.

La perte des forces et l'anémie font des progrès incessants ; l'appétit se conserve plus ou moins longtemps ; mais beaucoup de malades ne veulent pas manger, parce que les repas sont l'occasion d'accès de dyspnée. Le sommeil est de plus en plus troublé et l'albuminurie apparaît très-promptement.

Nous avons vu des malades rester pendant des mois et même des années sans arriver à la cachexie, malgré une albuminurie habituelle et quelques accès fort éloignés de dyspnée cardiaque. Mais le plus souvent la présence de l'albumine dans les urines est le début de la *cachexie*.

L'œdème en est habituellement le premier symptôme ; il s'accroît plus ou moins vite, plus ou moins lentement, mais il s'accroît, gagne le scrotum, les reins. Il apparaît aussi aux membres supérieurs et à la face ; l'appétit diminue et disparaît et, si on veut forcer les malades à se nourrir, alors que l'estomac ne peut plus digérer, ils vomissent ou ils ont la diar-

rhée. L'insomnie devient à ce moment un symptôme cruel, supplice plus terrible que la soif et la faim. « C'est un spectacle lamentable que celui d'un malade en proie à ce symptôme. Non-seulement il ne dort pas, mais il cherche incessamment à dormir. A peine est-il entré au lit, qu'il en sort avec précipitation, courant autour de la chambre comme un aliéné, s'asseyant, se relevant ; craignant la chaleur qui augmente sa dyspnée ; craignant le froid, contre lequel l'anasarque l'empêche de lutter. Autour du malade qui veille, toute la famille veille ; chacun s'ingénie à trouver une position supportable, qui pour les pieds, qui pour la tête, qui pour le dos, qui pour les bras, qui pour les reins et le siége, et toute la nuit se passe dans ces tentatives inutiles. » (J.-P. Tessier, *Art médical*, t. X, p. 413).

Le délire et la somnolence apparaissent tout à fait dans la dernière période. J'ai observé souvent un délire raisonné et suivi, ayant quelques *apparences* de l'aliénation.

Habituellement les grandes crises de suffocation disparaissent dans les dernières semaines de la maladie ; quelquefois même la dyspnée habituelle diminue tellement que les malades et leurs parents se reprennent à espérer.

La *mort* survient par différents mécanismes ; le plus souvent elle se produit par les accidents qu'on observe habituellement à la fin des affections cardiaques. Une anasarque considérable, l'œdème du poumon et du cerveau produisent une asphyxie lente qui tue les malades après une agonie très-pénible pour les assistants, mais probablement à peu près inconsciente pour le malade. Les phénomènes de l'albuminurie et les différentes variétés d'*urémie* qui en sont la suite viennent souvent modifier la mort par asphyxie ; les malades succombent alors dans le coma. Les phénomènes convulsifs doivent être rares : je ne les ai jamais observés. Quelquefois la mort a lieu par syncope comme dans l'angine de poitrine. L'inflammation de l'endartère se propage plus ou moins à la gaîne externe de l'aorte, de là quelques-uns des symptômes douloureux de l'angine de poitrine et la mort par syncope quand le plexus cardiaque est compris dans l'atmosphère inflammatoire.

Nous avons passé, pour la commodité de la description, un

certain nombre de *symptômes accessoires*, sur lesquels il est bon de revenir, car s'ils ne sont pas bien interprétés ils peuvent égarer le diagnostic.

Certains malades éprouvent une difficulté de déglutition très-notable et qui les tourmente beaucoup. Cette gêne de la déglutition est tout à fait comparable, par son caractère et sa pathogénésie, à celle qui accompagne l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Dans les deux cas, cette dysphagie est de forme paralytique ; elle tient soit à la compression du pneumo-gastrique, soit à la propagation de l'inflammation à ce nerf. On sait, en effet, que les muscles de l'œsophage sont animés par des nerfs qui viennent du pneumo-gastrique.

J'ai observé quelquefois une *douleur de gorge* avec constriction; cette douleur de gorge, extrêmement persistante, inquiète les malades qui tourmentent leur médecin pour être guéris d'une *angine* absolument absente.

La propagation de l'inflammation de l'endartère à la tunique externe de l'aorte produit, lorsqu'elle atteint les nerfs qui avoisinent ces vaisseaux, des symptômes spéciaux qui donnent à la maladie une physionomie particulière.

Ce sont d'abord des douleurs qui s'irradient dans divers sens, le long des mâchoires, au cou, à l'épaule, à l'épigastre. Les cas dans lesquels les douleurs sont un peu prononcées forment une véritable transition entre la forme commune de l'aortite chronique et l'angine de poitrine; il est fréquent de constater des points douloureux à la pression sur la première pièce du sternum et dans les espaces intercostaux supérieurs. Les convulsions du diaphragme, les douleurs le long du scalène doivent s'expliquer par l'inflammation des *nerfs phréniques ;* comme le caractère particulier de l'expiration observée chez un grand nombre de malades doit se rapporter à l'excitation du *pneumo-gastrique* par propagation inflammatoire.

Revenons maintenant sur les *signes physiques* qui permettent d'arriver au diagnostic précis de l'aortite chronique.

1° Souvent il existe une douleur sous-sternale ; cette douleur augmente par la pression de la première pièce du sternum et des espaces intercostaux voisins.

2° Il existe, mais non constamment, une matité aortique. Cette matité prédomine habituellement à droite du sternum entre le bord droit de cet os et l'articulation sterno-claviculaire.

3° Au début, les bruits aortiques nous ont paru plus clairs; plus tard ils deviennent sourds et quelquefois il existe un véritable bruit de souffle.

4° Le pouls est habituellement petit et faible; il peut être irrégulier, mais il présente constamment à l'examen sphygmographique le *plateau* que Marey attribue à l'athérome sénile; ce signe ne nous a jamais fait défaut.

Enfin les artères superficielles sont souvent ossifiées, et quelques malades présentent le cercle sénile de la cornée.

II. FORME AIGUE. — Nous possédons très-peu d'observations d'*aortite aiguë;* les plus complètes sont celles publiées par Bizot.

La maladie débute par de l'œdème avec une fièvre violente, le pouls fréquent et régulier. La dyspnée apparaît dès les premiers jours et suit une marche ascendante; l'agitation nocturne et l'insomnie de la forme commune se retrouvent ici; la dyspnée augmente de plus en plus, et les malades succombent habituellement, vers la fin du premier septénaire, aux progrès de l'asphyxie ou dans la syncope; l'intelligence reste intacte jusqu'à la mort.

La lésion trouvée par M. Bizot dans trois observations a été une fausse membrane tapissant l'aorte. D'autres auteurs ont trouvé des abcès enkystés.

Traitement. — Dans la *forme aiguë* de l'aortite, *aconitum* est le médicament principal; à doses fortes et répétées, vingt gouttes de teinture-mère en vingt-quatre heures; mais quand l'œdème se prononce, *apis* doit remplacer aconit; le médicament est indiqué par l'œdème, l'albuminurie et l'inflammation aiguë.

Dans l'*aortite chronique*, *arsenic* et surtout *arséniate d'antimoine* est le médicament qui nous a donné le plus de résultat. Il con-

vient à l'ensemble de la maladie, et doit être prescrit aux premières triturations.

S'il existe des douleurs sous-sternales, s'irradiant dans le cou et dans le bras, *Spigelia* est indiqué, depuis quelques gouttes de la teinture-mère jusqu'à la 6° dilution, suivant la réceptivité des sujets.

Nux vomica doit être essayé chez les hémorrhoïdaires surtout quand la dyspepsie est très-prononcée.

Cuprum nous a beaucoup aidé dans les accès de dyspnée ; je la prescris à la 6e ou à la 12e dilution, et j'ai obtenu plusieurs fois une amélioration très-notable.

Carbo vegetabilis 12° à 30e est indiqué quand cuprum a échoué et qu'il y a des signes d'asphyxie.

Lachesis, *vipera* et *plumbum* devront être expérimentés dans une maladie aussi grave et aussi rebelle.

CHAPITRE II

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE

Le rétrécissement de l'aorte est habituellement *congénital;* le rétrécissement acquis se lie à une aortite chronique ou à l'existence d'une tumeur.

C'est au point d'origine du canal artériel, par conséquent au-dessous de la sous-clavière gauche, que s'observe le *rétrécissement congénital.* Ce vice de conformation a pour résultat l'hypertrophie excentrique du ventricule gauche, et le développement d'une circulation collatérale considérable qui met en communication la partie de l'aorte située au-dessus du rétrécissement avec celle située au-dessous. Ces communications se font principalement par l'intercostale supérieure, la mammaire interne et l'épigastrique. Les sus et sous-scapulaires, toutes les intercostales,énormément dilatées, communiquent ensemble et sont visibles sur les côtés dut horax.

On trouve de même des artères dilatées au dos, en bas du scapulum et à l'épigastre. En même temps, la crurale, la popli-

tée et les artères des membres inférieurs présentent des pulsations très-faibles et quelquefois n'en présentent pas du tout.

La vie est compatible avec cette lésion ; cependant il arrive fréquemment que l'hypertrophie compensatrice devient insuffisante, la pléthore veineuse et toutes ses conséquences se déclarent, et les malades meurent comme dans les maladies du cœur.

Oblitération de l'aorte. — Il existe un petit nombre d'observations, d'oblitération de l'aorte abdominale; le symptôme immédiat a été une paraplégie et plus tard une gangrène plus ou moins étendue des membres inférieurs.

Le **Traitement** ne peut qu'être palliatif et doit tendre à augmenter la force du ventricule gauche et à diminuer la pléthore veineuse. Les médicaments indiqués à propos des affections des orifices du cœur doivent être consultés.

CHAPITRE III

ANÉVRYSME DE L'AORTE

L'anévrysme de l'aorte est *une tumeur* constituée par la dilatation partielle, soit de toutes les tuniques de l'artère, soit seulement de la tunique externe avec rupture de la membrane moyenne et interne. Les divisions classiques en anévrysmes *vrai*, *mixte externe* et *mixte interne*, n'ont qu'un intérêt d'anatomie pathologique, parce que le même anévrysme peut offrir ces variétés de lésions aux différentes périodes de son existence. La communication de l'anévrysme avec l'une des oreillettes ou avec une grosse veine ne constitue pas une espèce à part : c'est la terminaison particulière de certains anévrysmes; l'affection prend alors le nom d'*anévrysme artérioso-veineux*.

Quelquefois les anévrysmes de l'aorte ne déterminent aucune souffrance notable; les malades ne consultent pas. Dans ce cas, la rupture prématurée de la poche anévrysmale et la mort subite sont les premiers et derniers symptômes de la maladie.

Mais, le plus souvent, des symptômes dus à la compression, au ralentissement et aux troubles de la circulation attirent l'attention du médecin, et l'examen vient confirmer par des *signes physiques* l'existence de l'anévrysme.

Les symptômes de compression varient avec le siége de l'anévrysme. L'anévrysme de l'*aorte ascendante* détermine la compression du poumon et des grosses bronches, ainsi que la compression de l'oreillette droite et de la veine cave supérieure : de là, une dyspnée notable, de la toux avec sifflement, la dilatation des veines de la tête, du thorax et des membres supérieurs ; l'hydropisie limitée à ces régions ; et souvent des symptômes de compression du cerveau.

L'anévrysme de la *crosse de l'aorte* comprime les nerfs pneumo-gastrique, le plexus brachial, la trachée, l'œsophage, le *tronc innominé* ou la *sous-clavière gauche*, d'où résultent la dyspnée laryngée revenant par accès, et allant jusqu'à la suffocation par paralysie des muscles de la glotte ; l'enrouement, la raucité de la voix et l'aphonie; la toux avec sifflement; la dysphagie; l'inégalité, la petitesse et la suppression du pouls radial d'un côté; et des douleurs névralgiques s'irradiant dans l'un des bras.

L'anévrysme de l'*aorte thoracique* fait naître de violentes douleurs dans le dos ; la compression du poumon et de l'œsophage ; l'impossibilité d'étendre la colonne vertébrale et quelquefois la paraplégie par suite de l'usure des vertèbres et de la compression de la moelle épinière.

Les symptômes déterminés par l'anévrysme de l'*aorte abdominale* sont très-nombreux. Les douleurs névralgiques sont souvent intolérables : elles résultent de la compression du plexus lombaire. La dyspnée est produite par l'extension de la tumeur vers le diaphragme ; la constipation, les vomissements, par la compression de l'estomac et de l'intestin ; l'ictère, par la compression du foie ; la rétention d'urine, par la compression des reins et des uretères. L'usure de la colonne vertébrale détermine des douleurs atroces et quelquefois la paraplégie.

Signes physiques. — Au début de la maladie, on peut souvent

sentir, au lieu d'élection, un double battement. Ce double battement se perçoit avec l'extrémité du doigt dans un point très-limité. La *vue* constate directement le double soulèvement des téguments, surtout si on prend soin de se placer de manière que l'œil soit sur une ligne horizontale, en face de la lésion.

Dans un degré avancé de la maladie, la *palpation* permet de reconnaître une tumeur, *habituellement pulsative*, et *réductive* jusqu'à un certain degré. Cette tumeur irrégulièrement globuleuse, à large base, apparaît le plus souvent au côté droit du sternum et sous la clavicule. Les autres points où elle se montre ensuite sont, par ordre de fréquence, le côté gauche dans la même région qu'à droite; à travers le sternum lui-même, usé par la tumeur; au cou, soit à droite, soit à gauche; dans le dos, le long de la colonne vertébrale, ou sous l'angle de l'omoplate gauche.

Quand la tumeur n'apparaît pas à l'extérieur, la *percussion* permet de reconnaître son existence; elle donne lieu à une matité absolue.

L'*auscultation* donne, dans l'anévrysme de l'origine de l'aorte, un double battement, en sorte qu'il existe comme deux centres cardiaques. Ce double battement s'accompagne d'un double bruit: le premier, véritable bruit de diastole artérielle; le second, simple transmission du deuxième bruit du cœur. Aussi, le deuxième temps disparaît dans les anévrysmes de l'aorte abdominale; il est remplacé par un bruit de souffle, quand il existe une insuffisance aortique. Le plus souvent, la poche anévrysmale donne elle-même lieu à un bruit de souffle double. Le premier, beaucoup plus fort et plus constant, est produit par l'entrée du sang dans la cavité anormale; il correspond à la systole du cœur et à la diastole artérielle. Le second, plus faible, manque souvent; il correspond soit à la sortie du sang de l'anévrysme, soit à sa rentrée par suite de la systole artérielle; il correspond à la diastole cardiaque. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des anévrysmes de l'aorte, sans aucun bruit de souffle.

Parmi les signes les plus certains, il faut compter ceux tirés du pouls. Quand la tumeur anévrysmale comprime la sous-

clavière ou le tronc innominé, le pouls radial est beaucoup plus petit d'un côté que de l'autre, et même il peut manquer totalement. Le retard du pouls sur la systole du cœur est encore un signe d'une très-grande valeur. La compression de la tumeur fait quelquefois disparaître ce retard.

La *marche* de l'anévrysme de l'aorte est habituellement très-lente ; elle présente des périodes pendant lesquelles l'affection reste stationnaire, et d'autres d'accroissement rapide ; alors la tumeur devient douloureuse et augmente rapidement comme par une recrudescence de l'artérite. Lorsque la tumeur, après avoir usé les parois thoraciques, fait saillie au dehors, la plupart des phénomènes de compression cessent comme par enchantement et les malades éprouvent un soulagement marqué.

La **terminaison** de l'anévrysme de l'aorte est quelquefois la guérison. Les battements de la tumeur diminuent, puis disparaissent ; la tumeur décroît lentement et finit par disparaître à peu près complètement.

Mais le plus souvent l'anévrysme se termine par rupture et par une hémorrhagie rapidement mortelle. La rupture peut être prématurée et avoir lieu à la suite d'un effort musculaire, d'une quinte de toux, d'un vomissement; elle peut être le résultat de la gangrène ou de l'ulcération de la tumeur.

Le lieu où se fait l'ouverture de l'anévrysme varie suivant la partie de l'aorte qui en est le siége. Souvent elle s'ouvre dans le péricarde, et la mort survient plutôt par compression du cœur que par hémorrhagie ; l'anévrysme peut encore s'ouvrir dans l'une des plèvres, dans le tissu pulmonaire corrodé et usé, dans les bronches et la trachée, dans l'œsophage, à l'extérieur.

L'anévrysme de l'aorte abdominale peut s'ouvrir dans l'estomac, dans l'intestin, dans le péritoine, et même dans la poitrine quand il a usé le diaphragme. On se rend facilement compte des symptômes produits par ces terminaisons différentes. Nous ajouterons seulement que tantôt l'ouverture est très-grande et la mort subite ; tantôt l'ouverture est petite, et la vie peut se prolonger plusieurs heures et même plusieurs jours.

Enfin, très-fréquemment, les anévrysmes de l'aorte déter-

minent la mort par asphyxie; par oblitération d'une artère principale, d'où résulte la gangrène d'un membre; ou, quand c'est la carotide qui est oblitérée, le ramollissement du cerveau; ils se terminent encore par la cachexie propre aux maladies organiques du cœur. Leur durée est habituellement de trois à dix ans.

Anévrysme artérioso-veineux. — Nous avons réservé pour une description à part les cas où l'anévrysme communique avec le système veineux. Cette communication peut se faire par l'ouverture de l'anévrysme dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette et le ventricule droits, dans la veine cave supérieure et dans la veine cave inférieure. Cette terminaison, qui n'est pas immédiatement mortelle, mais qui permet au malade de vivre encore quelques semaines et même quelques mois, s'annonce brusquement par une syncope plus ou moins profonde. Quand l'anévrysme communique avec le cœur droit ou l'artère pulmonaire, il en résulte une pléthore veineuse générale, d'où naissent la cyanose, le gonflement et l'état variqueux des veines et l'œdème. Si on ouvre une veine, le sang s'écoule par un jet saccadé et présente une couleur plus rouge que celle du sang veineux. Cette terminaison détermine en outre un état de congestion des poumons.

Quand la communication a lieu avec la veine cave supérieure, les mêmes phénomènes ont lieu pour la partie supérieure du corps; quand c'est la veine cave inférieure qui communique avec l'anévrysme, la pléthore veineuse ou l'œdème occupe la partie inférieure du corps. Indépendamment de ces symptômes, on observe un bruit de souffle continu, accompagné d'une sensation de frémissement ou *trille*, dont le summum d'intensité est au point de communication et qui se continue dans les grosses veines.

Traitement. — Malgré l'extrême gravité de cette affection, nous ne devons pas perdre de vue qu'il y a des exemples authentiques de guérison complète par le traitement de Valsalva, c'est-à-dire par les saignées et la diète, portées à ce point

qu'elles amènent une faiblesse telle que le malade ne peut plus *lever la main de dessus son lit*.

Je ne connais point de médicaments qui produisent un anévrysme chez l'homme sain, et l'analyse des symptômes ne distingue pas suffisamment ce qui appartient à l'aorte et au cœur. Nous sommes donc réduit, pour le traitement de l'anévrysme de l'aorte, aux renseignements cliniques, qui eux-mêmes sont extrêmement pauvres.

Lachesis, *lycopodium*, *carbo vegetabilis* et *pulsatilla* ont donné quelques succès. Ce sont donc ces médicaments qu'il faudra prescrire suivant les indications de chaque cas particulier.

CHAPITRE IV

ARTÉRITE

De nombreuses objections ont été faites à l'existence de l'artérite. L'étude histologique des vaisseaux a démontré que la membrane interne n'était point une séreuse, mais une membrane privée de vaisseaux et ayant quelque analogie avec le tissu cartilagineux. On a conclu de ce fait anatomique que l'inflammation de la membrane interne était une chimère; que la coagulation du sang dans les vaisseaux était due, soit à des *embolies* (1), soit à une modification inconnue du sang, qui le rendait beaucoup plus coagulable.

Mais, comme l'observation démontre qu'au point où se fait l'oblitération, il existe toujours une inflammation artérielle, les médecins qui rejettent l'artérite ont décrit cette altération comme une lésion consécutive à la présence de l'embolie. Une opinion mixte s'est formée; elle reconnaît que l'oblitération artérielle est due tantôt à une artérite primitive, tantôt à une embolie, tantôt à une coagulation spontanée du sang. On a fait

(1) On appelle *embolie* un débri fibrineux, ou même une portion d'une artère malade, ou encore un débri de valvule lancé dans la circulation et venant oblitérer une artère ou une veine. Quand c'est un caillot qui constitue l'*embolie*, on l'appelle *caillot migrateur*.

des études très-minutieuses pour distinguer les *caillots autochtones*, c'est-à-dire développés sur place, des *caillots migrateurs*. On a aussi cherché à distinguer la suppuration véritable qui termine quelquefois la phlébite et l'artérite, d'une *transformation puriforme* des caillots. Il nous suffira d'avoir exposé le résumé des travaux modernes sur ce point intéressant ; nous ne pouvons pas en entreprendre la discussion dans un *traité pratique*. Nous allons décrire maintenant, en lui conservant provisoirement son ancienne dénomination d'*artérite*, l'affection des artères qui a pour résultat la formation d'un caillot obturateur et d'une gangrène consécutive (1).

L'artérite est habituellement symptomatique de la goutte ou du diabète. Elle s'observe plus souvent dans un âge avancé, mais cependant il y a des cas de *gangrène*, improprement appelée *sénile*, dans la jeunesse. La maladie débute habituellement par des douleurs qui suivent le trajet des vaisseaux et quelquefois par un mouvement fébrile mal caractérisé ; la douleur, dans un grand nombre de cas, est excessive ; elle torture littéralement les malades. D'autres fois elle est nulle ou à peu près nulle ; le membre où se distribue l'artère malade est le siége d'un sentiment de fourmillement et d'une sorte d'insensibilité au toucher ; il se refroidit, et en même temps on constate la disparition des pulsations artérielles. La gangrène se montre alors ouvertement par une teinte bleuâtre qui frappe habituellement l'extrémité du membre. La région qui se gangrène est souvent le siége d'une sensation de brûlure ; des phlyctènes se développent, et une gangrène sèche manifeste s'empare de toute la région qui est privée de la circulation artérielle.

La gangrène se limite plus ou moins promptement, et la terminaison heureuse est en rapport avec le rétablissement de la circulation collatérale. Dans tous les cas, que la gangrène soit limitée à une phalange ou à tout un membre, une inflammation ulcérative circonscrit la gangrène ; un sillon de plus en

(1) A l'article AORTIT, on trouvera la description anatomique de l'artérite chronique ; au chapitre des AFFECTIONS DU CERVEAU, nous avons tenu grand compte de l'*artérite chronique* dans la pathogénésie des *hémorrhagies* et des ramollissements.

plus profond se creuse entre la partie morte et la partie vivante, et le sphacèle est éliminé.

Le **traitement** de cette affection est encore fort pauvre au point de vue clinique. Les auteurs recommandent les mêmes médicaments que dans la gangrène : *arsenicum*, *china*, *lachesis*, *carbo vegetabilis*. Nous ne reviendrons pas sur les signes qui feront choisir un de ces médicaments de préférence aux autres, nous l'avons dit bien des fois ; mais je recommande tout spécialement, dans le traitement de la *gangrène des extrémités*, *secale cornutum*. Ce médicament est indiqué par les symptômes suivants : sphacèle des extrémités avec sensation de fourmillement et de brûlure ; douleur de crampe extrêmement violente. J'ai obtenu un succès avec ce médicament dans le seul cas où je l'ai administré ; j'avais prescris une basse dilution.

CHAPITRE V

PHLÉBITE

La *phlébite* est caractérisée anatomiquement par l'inflammation des veines. Cette inflammation est très-souvent symptomatique ; on l'observe surtout dans la *diathèse purulente*, mais elle est fréquente aussi dans la *diathèse cancéreuse*, dans les *scrofules*, dans le cours et à la fin des *fièvres*, elle complique fréquemment les *varices ;* enfin, elle peut se développer comme affection de voisinage, quand une veine se trouve englobée dans une atmosphère inflammatoire.

On a bâti sur la *phlébite* une théorie célèbre pour l'explication des abcès métastatiques. Nous ne ferons ni l'exposition, ni la critique de cette théorie ; nous constaterons seulement les *deux faits* suivants, parce qu'ils ont une très-grande importance : 1° la suppuration des veines est un symptôme fréquent de la diathèse purulente ; 2° cette lésion a, au même titre que les autres suppurations, mais à un degré plus élevé, un rapport *étiologique* évident avec cette maladie, c'est-à-dire qu'elle sert d'*occasion* à son développement.

En dehors des théories et des systèmes, l'histoire de la *phlé-*

bite est excessivement simple ; elle présente deux formes : la *phlébite adhésive* et la *phlébite suppurée*.

I. PHLÉBITE ADHÉSIVE. — C'est souvent une affection très-bénigne et qui ne s'accompagne même pas de fièvre ; mais le plus souvent un mouvement fébrile accentué, à marche rémittente et quelquefois intermittente, accompagne l'inflammation veineuse. Les symptômes locaux sont fort importants. La veine se présente sous la forme d'un cordon plein, dur et douloureux. Cette douleur est sourde ; elle augmente par la pression et par le mouvement, et de plus présente des redoublements spontanés. La peau rougit sur le trajet des veines quand celles-ci sont superficielles. Au bout de quelques jours, un septénaire au plus, dans les cas benins, trois semaines et plus dans les cas graves, le mouvement fébrile tombe, la douleur cesse et le malade est guéri ; seulement il conserve une oblitération des veines pendant plusieurs mois. Quand c'est une veine principale qui est atteinte, il y a toujours un certain degré d'œdème.

On peut observer deux *accidents* pendant le cours de la phlébite adhésive, l'*embolie* et l'*endocardite*.

L'*embolie* est un accident très-rare, mais incontestable dans l'histoire de la phlébite. Une portion du caillot extra-veineux est détaché, entraîné dans la circulation générale et arrive au cœur droit, puis dans l'artère pulmonaire ; il peut déterminer, suivant son volume et le lieu où il s'arrête, soit une syncope mortelle, soit une asphyxie foudroyante, soit plus simplement des troubles de la circulation et de la respiration.

L'*endocardite* peut coïncider avec une phlébite et il y a certains troubles cardiaques qui ont été rapportés à des embolies bien à tort, car l'analyse des observations prouve qu'il s'agissait dans ces cas d'une endocardite concomittante.

Cette maladie peut survenir spontanément ; elle se développe souvent à la suite de la phlébotomie. Quand elle survient dans le cours d'une diathèse cancéreuse ou de la scrofule, les symptômes fébriles sont habituellement nuls et la douleur peu marquée. L'œdème est alors le symptôme dominant.

II. PHLÉBITE SUPPURÉE.— Elle débute avec un appareil fébrile beaucoup plus considérable que la forme précédente; il y a des frissons plus marqués et un état d'abattement plus considérable. Le cordon formé par la veine enflammée n'est pas aussi net que dans la phlébite adhérente, mais il est entouré d'un œdème inflammatoire plus ou moins considérable; la peau rougit fortement sur le trajet de la veine. Après quelques jours de durée, vers la fin du premier septénaire, on constate sur un ou plusieurs points une fluctuation évidente. L'*abcès* ainsi formé est d'abord extra-veineux; mais il se réunit plus ou moins vite avec l'abcès veineux. Cette collection est ouverte ou s'ouvre spontanément; la fièvre tombe; la suppuration cesse; la cicatrice se fait, et la guérison est complète; mais la veine est pour jamais oblitérée. C'est pendant cette période de suppuration que l'on voit quelquefois les individus prédisposés être pris de diathèse purulente.

L'histoire anatomique de la phlébite comprend l'inflammation avec friabilité des parois; la coagulation du sang; et dans la phébite suppurée la transformation en pus du caillot, son enkystement, la suppuration de la gaîne du tissu conjonctif; la suppuration et l'ulcération des tuniques veineuses, et la réunion en une seule collection de tous ces foyers de suppuration. La théorie de l'*embolie*, de la coagulation spontanée du sang, l'inflammation consécutive de la veine, la distinction du pus véritable et de la décomposition puriforme du caillot intraveineux se retrouvent ici comme dans l'artérite et ont la même valeur.

Traitement. — *Aconitum*, *mercurius* et *pulsatilla* sont les trois médicaments principaux de la phlébite. La matière médicale et la clinique homœopathique sont à peu près muettes sur ce point de thérapeutique. Bœnninghausen indique *arsenicum* et *pulsatilla* dans le traitement des varices enflammées. *Hamamelis* a été indiqué tout récemment dans la phlébite. J'ai coutume de commencer le traitement par *aconit* à forte dose quand il y a de la fièvre. Je prescris ensuite *pulsatilla* 3e quatre à six doses par jour, et je remplace le médicament par

hamamelis administré de la même manière, si la *pulsatilla* ne me donne pas un prompt résultat. Le *sulfate de quinine* est indiqué quand le mouvement fébrile est intermittent. Le *collodion* est d'un grand secours dans le traitement des phlébites superficielles.

CHAPITRE VI

ANGIOLEUCITE

L'histoire de l'angioleucite se place immédiatement après celle de la phlébite. Comme cette dernière affection, l'inflammation du vaisseau lymphatique est presque toujours symptomatique, et elle joue le même rôle que la phlébite vis-à-vis de la diathèse purulente. Une cause plus particulière et très-fréquente du développement de l'angioleucite est l'existence d'une petite plaie.

Quand l'affection est intense, les symptômes sont : un mouvement fébrile, qui manque dans les cas bénins ; la rougeur de la peau par traînées, suivant le trajet des lymphatiques ; une douleur brûlante sur les points malades ; un gonflement moins circonscrit que celui de la phlébite, et surtout le gonflement douloureux du ganglion lymphatique, où se rendent les vaisseaux enflammés. Si l'affection s'aggrave, la rougeur s'étend, ressemble un peu à celle de l'érysipèle, sauf qu'elle ne présente pas de relief et qu'elle est plus diffuse ; des abcès se forment sur le trajet des lymphatiques et dans les ganglions malades.

Traitement. — *Belladona* et *solubilis* 3e dilution, alternés toutes les deux heures, constituent le traitement interne de cette affection. On aidera puissamment à la guérison en recouvrant les parties malades d'une couche épaisse de collodion élastique. Quand l'angioleucite est le symptôme d'une diathèse purulente, le traitement est celui de cette maladie.

CHAPITRE VII

VARICES

On désigne sous ce nom une hypertrophie partielle et irrégulière du système veineux. Cette hypertrophie se traduit par l'augmentation du volume des veines, tant dans leur calibre que dans leur longueur. Les veines variqueuses, devenues trop longues, décrivent des flexuosités qui n'existent pas à l'état physiologique; leur calibre devient trois ou quatre fois plus volumineux que dans l'état normal, et les veinules, qui n'étaient pas visibles dans l'état de santé, prennent un développement très-appréciable. La dilatation des veines variqueuses est irrégulière, en sorte que leur trajet présente des gonflements qui siégent le plus souvent au niveau des valvules. Quelquefois, une ou deux de ces dilatations deviennent énormes, et constituent une sorte de tumeur veineuse analogue aux anévrysmes. Les parois des veines sont épaissies d'une manière générale; elles sont amincies dans quelques points : c'est la tunique moyenne qui est hypertrophiée. Quand les varices sont anciennes, les parois veineuses s'ossifient par places ; à ce moment, elles sont plus ou moins adhérentes au tissu cellulaire ambiant et à la peau.

Les varices siégent principalement sur les veines superficielles des membres inférieurs; on en observe cependant aux membres thoraciques et sur les grosses veines profondes, veines caves, azygos et sous-clavières.

Les varices s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur et de fatigue dans le membre variqueux. Ce sentiment de malaise disparaît habituellement dans la position couchée.

Les accidents des varices sont la *douleur*, l'*inflammation*, la *rupture* et l'*ulcère variqueux*.

La *douleur* peut se présenter indépendamment de toute inflammation : elle se développe surtout dans les temps humides; elle suit manifestement les trajets veineux, et est quelquefois assez forte pour empêcher le malade de marcher.

L'*inflammation* amène une phlébite habituellement adhésive. C'est un accident douloureux qui s'accompagne de fièvre, au moins à son début ; qui retient le malade au lit et à la chambre pendant trois semaines ou un mois.

Cette phlébite se caractérise par des douleurs fort vives, l'induration et l'immobilisation des cordons variqueux, et la rougeur de la peau. Elle peut se terminer par suppuration et entraîner tous les accidents de la phlébite. (Voir p. 375.)

La *rupture* des veines variqueuses est assez rare ; elle détermine une hémorrhagie, souvent fort abondante, mais facile à arrêter par la compression. Quand c'est une varice de la veine cave qui se rompt, la mort est très-rapide.

Ulcère variqueux. Des inflammations successives amènen l'adhérence des veines et de la peau ; puis à la longue son inflammation chronique et son ulcération. Les ulcères variqueux sont saignants, douloureux et extrêmement rebelles. Si on les néglige, ils gagnent du terrain chaque année et finissent par conduire le malade à une impotence complète.

Etiologie. — Les varices se développent surtout de 30 à 60 ans ; plus tard, elles tendent à diminuer. C'est surtout dans la race kimrique, chez les individus de grande taille, que l'on observe des varices. La *grossesse* chez les femmes prédisposées est une cause puissante de varices. Il ne faut pas accepter les assertions des iatro-mécaniciens, qui veulent toujours tout expliquer par une cause mécanique et qui attribuent les varices chez les femmes enceintes au développement de l'utérus. Les varices apparaissent dès les premières semaines de la grossesse et avant que l'utérus puisse comprimer les veines iliaques ; elles constituent même un très-bon signe diagnostique du début de la grossesse.

La station debout, la marche, la pression mécanique sur le trajet des grosses veines, *occasionnent* le développement des varices, mais seulement chez les sujets *prédisposés.*

Traitement. — L'usage d'un bas en caoutchouc est le meil-

leur traitement des varices ; il s'oppose au développement de la maladie et prévient à coup sûr tous les accidents

Clematis vitalba, *arsenicum*, *lycopodium*, *pulsatilla*, *china* et *hamamelis*, sont les médicaments propres à combattre les divers accidents que nous avons signalés. *Clematis vitalba* est un médicament que j'ai très-souvent employé pour combattre les douleurs, les inflammations et surtout les ulcères variqueux ; il m'a été indiqué par le Dr Nunès. Je me sers à l'intérieur de la 3e dilution, et à l'extérieur d'un liniement fait avec la teinture, mélangée à la glycérine dans la proportion d'un centième. Les autres médicaments, *arsenicum* surtout, ont été employés avec succès pour combattre les douleurs et le développement des varices. *Hamamelis* aurait donné aux Drs Love et Ozanam de fort beaux succès dans le traitement de la phlébite variqueuse. Mais je lui préfère de beaucoup *pulsatilla*.

Lycopodium 12e et 30e m'a rendu souvent service dans le traitement des varices douloureuses sans phlébite concomitante.

Les applications de collodion élastique sont peu efficaces ; j'ai retiré de bons résultats de compresses imbibées d'eau contenant un dixième de perchlorure de fer.

La position horizontale est nécessaire pour le traitement de tous les accidents des veines variqueuses.

DIX-NEUVIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA RATE

La rate n'étant qu'un organe d'hématopoièse et comme un diverticulum du système circulatoire, il est naturel de tracer l'histoire de ses affections à la suite de celles des affections du cœur et des gros vaisseaux.

Les affections de la rate ne sont guère que des questions d'anatomie pathologique ; aussi nous ne traiterons, dans ce livre, que le côté qui touche à la médecine pratique.

Les principales affections de la rate sont : l'*hyperémie*, l'*hypertrophie*, la *dégénérescence amyloïde*, la *mélanémie*, les *hémorrhagies*, les *abcès* et enfin la *leucocythémie*. Cette dernière affection a une beaucoup plus grande importance que les autres.

HYPERÉMIE

L'HYPERÉMIE peut être due à une *fluxion* ou, au contraire, à la rétention, à la stase du sang. La première se rencontre dans les fièvres, dans la diathèse purulente, et dans les anomalies menstruelles. Les *stases* sont un effet soit d'une oblitération veineuse, soit de la gêne de la circulation qui accompagne les maladies du cœur et du poumon.

Les *signes physiques* sont les seuls qui peuvent faire reconnaître l'*hyperémie splénique*. Ces signes sont fournis par la *palpation* et par la *percussion*. A l'état normal, la *percussion* donne une matité de 6 centimètres sur la paroi gauche du thorax, à partir du bord libre de la onzième côte. La matité anormale peut s'étendre en hauteur depuis la cinquième côte jusqu'à l'hypogastre.

La *palpation* ne permet pas de sentir la rate à l'état sain ; quand cet organe augmente de volume, il remonte d'abord

dans le thorax, puis il déborde les fausses côtes et peut s'étendre jusqu'à l'hypogastre ; presque toujours, il se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, vers l'ombilic.

HYPERTROPHIE DE LA RATE

C'est une conséquence de la lésion précédente quand elle a duré trop longtemps. Cette lésion s'observe principalement dans la fièvre intermittente, même dans la *forme cachectique d'emblée ;* par conséquent il n'est pas possible d'expliquer l'hyperémie de la rate par le reflux du sang pendant les frissons, puisque, dans cette forme, il n'y a pas de frissons.

C'est l'augmentation de la pulpe splénique qui constitue surtout l'hypertrophie de cet organe. Cette augmentation dépend-elle d'une hyperplasie des éléments celluleux, ou tient-elle simplement à une accumulation, à une rétention de ces éléments ? C'est ce qui n'est pas encore démontré.

Cette lésion se reconnaît aux mêmes signes que la précédente.

DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DE LA RATE

Cette lésion coïncide presque toujours avec une lésion de même nature dans le foie ; elle s'observe aussi dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans la scrofule, le rachitisme, la syphilis et l'empoisonnement chronique par le mercure.

La dégénérescence amyloïde s'accompagne de l'augmentation de volume et de la dureté du tissu splénique ; par une solution iodée le tissu se colore en jaune-rouge, en ajoutant l'acide sulfurique, il prend une coloration violette et bleue. Aux *signes physiques* déjà énumérés, il faut ajouter une *résistance* extraordinaire du tissu, résistance perçue par la palpation.

INFARCTUS HÉMORRHAGIQUE OU APOPLEXIE SPLÉNIQUE

Ils tiennent, le plus souvent, d'après la théorie nouvelle, à des embolies dans le cours des maladies du cœur ; ils s'observent encore dans les maladies susceptibles de déterminer une forte hyperémie de la rate.

ABCÈS DE LA RATE

Les *abcès* de la rate sont excessivement rares. Ils surviennent habituellement dans la diathèse purulente, après les accès de fièvre pernicieuse et dans la fièvre typhoïde ; plus rarement dans le cours des autres fièvres; il est rare que ces abcès s'annoncent par des symptômes spéciaux, et plus rare encore qu'on puisse les reconnaître par la palpation.

Ils peuvent se terminer par résorption, par transformation crétacée, par ouverture dans la cavité thoracique, dans le péritoine, dans l'intestin, dans l'estomac.

Les abcès de la rate donnent rarement lieu à une intervention chirurgicale.

LEUCOCYTHÉMIE

Cette affection est caractérisée anatomiquement par une augmentation des globules blancs et par l'hypertrophie, soit de la rate, soit des ganglions lymphatiques, soit de ces deux ordres de glandes. Il n'est pas démontré, mais il est probable que cette affection est une *maladie essentielle* de la classe des *cachexies*.

La prédominance de l'hypertrophie de la rate ou de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques caractérise deux variétés principales de cette affection. Une observation plus attentive permettra de baser sur la différence de la marche des symptômes la description de plusieurs formes distinctes.

Leucocythémie avec hypertrophie splénique. — Elle s'annonce habituellement par le développement du ventre, par une douleur dans la région splénique, et quelquefois par un mouvement fébrile irrégulier. Bientôt apparaissent la pâleur, la dyspnée et tous les signes de l'anémie la plus prononcée. Si, à ce moment, on examine le sang des malades, on constate les caractères suivants : si, après avoir battu le sang, on le laisse reposer dans un vase étroit, il se divise en deux couches, une inférieure, formée par les globules rouges ; l'autre, supérieure, grisâtre, laiteuse, formée par les globules blancs.

Examiné au microscope, ce sang présente une grande quantité de globules blancs qui se réunissent en petits amas irréguliers, Dans l'etat normal, on ne trouve qu'un globule blanc sur environ 350 globules rouges ; dans la leucocythémie avancée, le nombre des globules blancs égale, et même dépasse celui des globules rouges. Le poids spécifique du sang est diminué par cette grande abondance de globules blancs. L'examen physique fait reconnaître une rate énorme, envahissant l'abdomen jusqu'à l'hypogastre, et présentant des bosselures transversales régulièrement superposées; c'est ce qu'on appelle une *rate à crémaillère.*

La maladie peut persister pendant des mois et des années dans cet état, mais les malades finissent par arriver à un état déclaré de cachexie ; alors se produisent la diarrhée, le catarrhe pulmonaire, l'amaigrissement, et principalement des hémorrhagies multipliées. L'œdème et l'hydropisie cachectique apparaissent moins promptement que dans les autres maladies chroniques, parce que la diminution des globules rouges ne s'accompagne pas de la diminution de l'albumine du sang.

Les malades succombent, soit à une apoplexie, soit à des hémorrhagies répétées ; ou bien ils succombent plus lentement dans la cachexie.

Leucocythémie avec gonflement des ganglions lymphatiques. — Cette variété diffère de la précédente parce qu'elle s'accompagne de la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ces ganglions deviennent énormes ; les plus volumineux à l'extérieur sont les glandes cervicales, axillaires et inguinales ; à l'intérieur, ce sont les ganglions mésentériques, lombaires et épigastriques. Le gonflement est dû à une formation très-abondante de noyaux, de cellules et de granulations semblables aux éléments naturels de la glande ; jamais ces glandes ne suppurent ; habituellement la rate participe à l'hypertrophie. Cette variété lymphatique n'a pas de rapport évident avec la scrofule. Le gonflement des ganglions peut précéder pendant longtemps l'altération du sang.

Les médecins français ne regardent pas la leucocythémie comme essentiellement liée au développement des ganglions lymphatiques. Sous le nom d'*adénie*, Trousseau a cherché à constituer une *espèce morbide* nouvelle, et il cite 12 observations sans leucocythémie, et seulement 3 de ces observations présentent des hypertrophies de la rate.

Dans les cas rapportés par Trousseau, la maladie débuta par un gonflement ganglionnaire suivi bientôt du gonflement de la généralité des ganglions lymphatiques ; les apparences de la santé se conservent longtemps, puis les malades tombent dans la cachexie, avec tendance aux hémorrhagies ; enfin ils succombent, soit asphyxiés par le développement des ganglions qui entourent l'arbre respiratoire, soit épuisés par la cachexie.

Jusqu'à présent, on n'a pas signalé de différence dans la marche et les symptômes de cette variété.

Indépendamment des lésions déjà signalées, on a trouvé dans le parenchyme du foie et dans celui des reins de petits amas de noyaux blanchâtres, que les uns attribuent à des dépôts de globules blancs, suite d'hémorrhagie, et que Virchow considère comme une production d'*éléments lymphatiques*. On a encore rencontré dans les plèvres et sur la muqueuse intestinale, de petites tumeurs, quelques-unes ulcérées et ombiliquées, attribuées à une formation nouvelle du tissu lymphatique.

On décrit une troisième variété de *pseudo leucémie*, caractérisée par l'hyperplasie de la moelle des os.

Traitement. — *China*, *ignatia*, *ranunculus bulbosus*, *conium*, *iodium*, *natrum*, et *natrum muriaticum*, *bryonia*, *asa fœtida*, *sulfur* et *capsicum* sont les principaux médicaments qui agissent sur la rate.

Dans l'inflammation de la rate, on aura surtout recours à *bryonia*, *ignatia* et *ranunculus bulbosus*.

Bryonia répond à une douleur qui augmente par le mouvement et par les efforts de respiration.

Ignatia, douleurs brûlantes qui augmentent par le toucher et par la marche.

Ranunculus, douleurs d'excoriation en remuant le tronc et au toucher.

China est le médicament principal des engorgements de la rate. Si ce médicament ne suffisait pas, on essayerait successivement, *iodium*, *conium*, *sulfur*, *natrum muriaticum*. Ces médicaments conviennent quand la région splénique est dure et douloureuse. Le choix de chacun de ces médicaments est difficile ; il devra principalement être fait d'après les symptômes généraux.

Le traitement de l'*adénie* demande des médicaments qui agissent sur les ganglions lymphatiques. Les principaux sont : *belladona*, *conium*, *iodium*, *mercurius*, *sulfur*, *rhus toxicodendron*, *nitri acidum*, *lycopodium* et *phosphorus*. Je recommande tout particulièrement ce dernier médicament parce que non-seulement il correspond à un gonflement non inflammatoire de la généralité des ganglions, mais encore parce qu'il correspond à la cachexie avec tendance aux hémorrhagies, et aux accès de suffocation qui terminent si souvent la vie des malades atteints d'adénie.

VINGTIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

LIVRE PREMIER

MALADIES ET AFFECTIONS DES REINS

Les affections des reins comprennent : la *congestion*, l'*hémorrhagie*, les *néphrites*, la *pyélite*, la *gravelle*, la *dégénérescence amyloïde*, le *cancer*, les *tubercules*, les *parasites*. Nous avons décrit dans la classe des *cachexies* la *maladie de Bright* et les *néphrites interstielles*.

CHAPITRE PREMIER

CONGESTION RÉNALE

C'est une lésion commune à beaucoup de maladies ; elle se produit de diverses manières. Dans un premier mécanisme, la quantité de sang qui arrive par l'artère rénale est trop considérable, alors la congestion s'opère surtout par les branches qui se rendent aux glomérules et servent directement à la sécrétion; parce que les branches de nutrition, celles qui se continuent directement avec les capillaires et les veines, éprouvant une pression bien moindre par l'absence d'un appareil de sécrétion sur leur trajet, laissent passer le sang facilement et ne se prêtent pas à une accumulation de ce liquide. C'est le contraire qui a lieu quand le sang est retenu par un obstacle dans les veines rénales ; le sang s'accumule plus facilement dans la partie des reins où se distribuent les artères de nutrition que dans celle où se distribuent les artères de sécrétion. Dans le premier cas, l'urine, sécrétée en grande quantité, est pâle, aqueuse, et d'un poids spécifique faible ; quand la congestion est déterminée par la stase veineuse, les urines sont diminuées de quantité, contiennent de l'albumine et souvent du sang.

CHAPITRE II

HÉMORRHAGIE RÉNALE

L'hémorrhagie rénale est le plus souvent due à une déchirure produite par des *graviers*. Elle peut être la conséquence d'une *hyperémie* ou d'une *néphrite;* elle accompagne souvent la formation du *cancer* et des *parasites*. On l'observe très-souvent dans les formes malignes des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde ; enfin c'est un symptôme de *purpura*. On observe dans quelques pays intertropicaux des *hémorrhagies rénales* qui constituent de véritables *épidémies*.

Le symptôme de l'hémorrhagie rénale est la présence du sang dans les urines ; quand la quantité du sang est trop faible pour être facilement reconnue par une simple inspection, il faut faire bouillir ces urines dans un tube, y ajouter une solution de potasse, et faire bouillir de nouveau ; alors les phosphates se précipitent et entraînent la matière colorante du sang, qui communique au sédiment, vu à la lumière directe, une teinte rougeâtre ; vu par transparence, une coloration rouge-sang magnifique (Heller).

Traitement.—*Arnica* et *terebenthina* sont les deux principaux médicaments de l'hémorrhagie rénale. *Arnica* est indiqué dans les hémorrhagies traumatiques ; *terebenthina*, dans les autres cas. *Nux vomica* devra être prescrit chez les hémorrhoïdaires et lorsque l'hémorrhagie survient à la suite d'excès alcooliques. *Pulsatilla* a réussi dans des cas où l'hémorrhagie s'accompagnait des symptômes de la gravelle ; il en est de même de *lycopodium*, *cantharis*, *camphora*, *mezereum*, *uva ursi*, *cannabis ; hepar sulfuris* et *mercurius* ont quelquefois réussi. Nous allons retrouver ces médicaments dans le paragraphe suivant, ou au chapitre de la gravelle.

———

CHAPITRE III

NÉPHRITES

Nous ne décrivons ici que la *néphrite aiguë* ; les inflammations chroniques des reins ayant été traitées à propos de la *maladie* de Brignt (néphrite parenchymateuse), et de la sclérose des reins (néphrite interstitielle).

La néphrite aiguë est presque toujours une complication de la *gravelle;* en dehors de cette circonstance l'inflammation du tissu rénal est extrêmement rare. Cependant elle s'observe par propagation de l'inflammation dans la *pyélite*, et dans la *périnéphrite*. La cystite blennorhagique peut aussi se propager jusqu'au rein et déterminer une néphrite très-dangereuse. La néphrite est un symptôme commun à plusieurs empoisonnements, il est surtout marqué dans l'empoisonnement par les cantharides. La néphrite peut encore se développer à la suite du cathétérisme. On rencontre encore des abcès métastatiques du rein dans la diathèse purulente. L'existence d'une néphrite *essentielle* n'est pas encore démontrée.

La maladie débute par un frisson avec une douleur dans la région rénale et des vomissements bilieux. La douleur est continue; elle ne revient pas sous forme de colique comme dans la gravelle; elle reste limitée à la région rénale; les urines sont souvent sanguinolentes. Dans quelques cas la maladie poursuit sa marche rapidement; le mouvement fébrile s'accroît; les urines diminuent de plus en plus; les malades tombent dans la stupeur et le délire; et ces symptômes attribués à la rétention de l'urine peuvent se terminer rapidement par la mort. D'autres fois, après une rémission incomplète, le mouvement fébrile reparaît avec des frissons et des sueurs; une fièvre de suppuration s'établit, et la terminaison varie suivant le mode d'évacuation que suivra l'abcès du rein. Cet abcès peut s'ouvrir dans le bassinet, dans l'intestin, dans le péritoine, dans le poumon, dans la plèvre; il peut se faire jour à l'extérieur par suite d'une périnéphrite consécutive. On voit

que le malade peu être tué par les accidents qui accompagnent l'évacuation du pus, succomber lentement à la phthisie rénale, ou au contraire guérir quand l'abcès a été complètement vidé.

La néphrite n'a pas toujours une allure aussi grave, elle peut se terminer par résolution après quelques jours de durée, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment.

Traitement. — On a confondu, dans la thérapeutique homœopathique, le traitement de la *néphrite*, de la *périnéphrite* et de la colique *néphrétique ;* il est vrai que ces affections correspondent presque toujours à une lésion unique, la *gravelle*, et que l'inconvénient est moins grave qu'il ne paraît d'abord.

Cantharis est le médicament principal, il détermine une inflammation aiguë du rein, de la vessie et de l'urèthre. Les symptômes qui l'indiquent sont : douleur sécante et brûlante dans les reins et dans la vessie; ténesme, strangurie urines ; sanguinolentes et purulentes. *Cantharis* doit être prescrit aux basses dilutions de la 3e à la 6e. *Terebenthina* et *copahiva* correspondent encore à l'inflammation du rein et à des urines sanglantes.

Belladona convient à la douleur dans les reins se propageant dans l'urèthre, au ténesme; mais non aux urines sanguinolentes.

Cannabis convient plutôt à la cystite et à l'uréthrite; il correspond aux urines sanguinolentes et puriformes. *Camphora* convient principalement à la néphrite produite par les cantharides ; les symptômes de ces deux médicaments sont très-analogues.

Au début de la maladie, quand le mouvement fébrile est violent avec gros frissons, *aconitum* 3e trituration est le médicament principal. Si le mouvement fébrile est intermittent, il ne faut pas hésiter à prescrire le sulfate de quinine à la dose d'un gramme après l'accès.

Dans les affections aiguës du rein, il faut éviter le vin et les épices, et donner des boissons abondantes et mucilagineuses ; l'orgeat, la graine de lin sont les plus généralement prescrites.

CHAPITRE IV

PYÉLITE

Cette affection est caractérisée par l'inflammation du bassinet; elle est le plus souvent symptomatique d'une affection calculeuse; elle peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie; elle existe quelquefois, sans aucun calcul, comme affection symptomatique de la goutte et des hémorrhoïdes. Enfin, on l'observe comme une complication tout à fait latente dans le cours des fièvres.

La pyélite calculeuse débute souvent par un état aigu : mouvement fébrile avec frissons; vomissements bilieux; douleur vive ayant pour caractère distinctif de se prolonger à la vessie, dans les testicules, à la racine des cuisses. Les urines contiennent une quantité notable de pus et de sang, il existe un ténesme vésical constant. Arrivée à ce degré, la pyélite peut se terminer par la guérison complète; mais, s'il y a de petits calculs emprisonnés dans le bassinet, la maladie passe à l'état chronique; les urines contiennent alors une grande quantité de pus qui forme au fond du vase un dépôt blanc comparable à de la farine. Ce dépôt peut être coloré diversement par du sang ou par des sels. Les urines de la pyélite sont très-albumineuses. La longueur et l'abondance de la suppuration, la fièvre hectique, quelquefois des hémorrhagies, affaiblissent les malades de plus en plus ; il arrive que, sous l'influence d'une fatigue, d'un excès, l'état aigu reparaisse de temps à autre. Quand la maladie a duré longtemps, la cachexie se produit; il survient des hydropisies, des diarrhées, et les malades succombent. Il ne faut pas oublier non plus que la pyélite peut s'ulcérer et devenir l'origine d'une périnéphrite très-grave.

J'ai observé des cas dans lesquels les urines ont continué à déposer du pus pendant des années; malgré cela l'état général s'est amélioré constamment, les malades ont beaucoup engraissé et ont fini par guérir.

La pyélite non calculeuse est beaucoup moins grave; elle se

termine par la guérison, même après un état chronique prolongé.

Traitement. — *Belladona*, *tarentula*, mais surtout *cantharis*, sont les principaux médicaments. *Cantharis*, à la 3e dilution en goutte, m'a donné un fort beau succès dans le traitement d'une pyélite hémorrhoïdaire qui datait de plus d'un an. Ce médicament convient aussi dans la période aiguë avec des urines sanguinolentes et des douleurs qui simulent la colique néphrétique.

Belladona convient davantage quand c'est l'élément douleur qui domine.

Silicea et *hepar sulfuris*, le premier à la 30e, le second à la 6e conviennent dans l'état chronique contre la purulence des urines une semaine l'un, une semaine l'autre.

Arsenicum est indiqué contre la faiblesse, l'œdème, et l'état cachectique déterminé par la longueur de la suppuration. Je donne la 3e trituration, cinq centigrammes matin et soir pendant plusieurs semaines.

CHAPITRE V

PHLEGMON PÉRIRÉNAL

Cette maladie est caractérisée par l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein.

Elle peut se développer sous l'influence des contusions, des secousses de l'équitation, à la suite d'un effort violent, d'une marche forcée, d'un refroidissement. Il existe des observations de phlegmon périrénal dans toutes ces circonstances.

L'inflammation du tissu cellulaire qui enveloppe le rein peut se développer à la suite de la pyélite et de la néphrite, et dans ce cas elle constitue un accident de la gravelle. Enfin, l'inflammation d'un organe voisin peut s'étendre à la région périrénale. On a vu une cystite de la vésicule du fiel, terminée par l'ulcération, produire un phlegmon périrénal.

Cette maladie présente dans sa marche et dans ses sym-

ptômes des différences qui nécessiteraient la distinction de plusieurs formes; mais cette étude n'est pas encore assez avancée pour nous permettre de les décrire; nous traiterons donc seulement de la *forme commune* de ce phlegmon en indiquant les différences principales présentées par les autres formes.

Forme commune. — La maladie débute par une douleur dans l'une des régions rénales, un mouvement fébrile rémittent et habituellement des vomissements bilieux. La douleur est intense; elle s'aggrave par les mouvements de la voiture, par la palpation. Le mouvement fébrile s'accompagne de frissons très-notables; souvent même il revêt tout à fait le caractère d'*accès intermittents* avec frissons tremblants, sueurs profuses et quelquefois tous les caractères des *accès pernicieux*.

Tantôt la maladie suit une marche continue, et alors on ne tarde pas à constater la *tumeur* caractéristique; d'autres fois, après un septénaire, il survient une rémission considérable qui dure plusieurs jours, puis la maladie reprend sa marche.

La tumeur se perçoit par la palpation. Une main étant appliquée sur la région lombaire et l'autre déprimant la paroi abdominale entre les côtes et la crête iliaque, on peut sentir la fluctuation en imprimant un mouvement brusque à l'une des deux mains. La maladie suit alors la marche de tous les abcès, c'est-à-dire qu'elle présente des périodes d'aggravation pendant lesquelles la tumeur grossit considérablement; à ce moment les accès fébriles avec frissons et sueurs redoublent; dans l'intervalle la fièvre ne cesse pas complètement, mais elle est plus modérée et est habituellement exempte de frissons. La tumeur grossit, efface l'échancrure costo-iliaque, fait saillir la région lombaire; à un moment il existe un *œdème* notable du tissu cellulaire sous-cutané, et bientôt une rougeur érysipélateuse montre que la peau est envahie par l'inflammation. A ce moment la fluctuation est évidente.

Le phlegmon périrénal peut se terminer par *résolution*. C'est pendant la première rémission que présente la maladie, à la fin du premier septénaire, que cette terminaison a lieu. L'abcès peut se vider à l'extérieur, à la région lombaire, à la région iliaque ou même dans l'aine; il peut s'ouvrir dans le côlon,

dans les bronches; très-rarement il s'ouvre dans le péritoine.

Il y a des phlegmons périrénaux qui ont une marche plus lee qt etnui présentent un mouvement fébrile très-modéré.

Traitement. — Ici il ne faut pas chercher les médicaments qui agissent sur le rein, mais les médicaments du phlegmon : *aconitum* au début, puis *bryonia*, *mercurius*, *hepar sulfuris*, et enfin *silicea*. J'ai obtenu de très-bons effets du sulfate de quinine à haute dose, quand il existait un mouvement fébrile intermittent. L'intervention chirurgicale ne doit pas être trop tardive ; le moment d'agir est marqué par l'exacerbation des symptômes, exacerbation qui annonce l'envahissement de nouveaux tissus par la suppuration.

CHAPITRE VI

LITHIASE

C'est une affection caractérisée par la formation, dans les voies urinaires, de concrétions plus ou moins volumineuses ces concrétions ont pour base un ou plusieurs des sels contenus dans l'urine normale.

Cette affection a été divisée, au point de vue chirurgical, en deux variétés : la *gravelle* et la *pierre*. La gravelle est la formation de concrétions salines dans les reins; et la pierre est la formation et la rétention dans la vessie de concrétions de même nature; ces dernières peuvent atteindre un volume considérable. Nous décrirons la pierre avec les maladies de la vessie.

La *lithiase* est une affection goutteuse; elle est *accidentelle* ou *habituelle*, suivant que les concrétions apparaissent de temps à autre, à périodes éloignées et irrégulières; ou bien qu'au contraire les retours de l'affection sont de plus en plus rapprochés et finissent par ne laisser au malade que des intervalles de repos, de plus en plus courts.

Comme toutes les affections goutteuses, la lithiase peut alterner avec d'autres affections symptomatiques de la goutte; mais la variété habituelle prend souvent une prédominance

telle, qu'elle fait taire toutes les autres manifestations de la maladie principale.

Malheureusement pour la nosographie la lithiase est tombée depuis longtemps dans le domaine de l'iatro-chimie. Cette école a réduit toute l'histoire de la gravelle et de la pierre à une question de prédominance acide ou alcaline. Nous lui devons cependant une analyse bien faite de la lésion; à ce point de vue les concrétions salines qu'on rencontre dans les voies urinaires se divisent en quatre espèces : calculs d'*acide urique* ou *gravelle rouge;* calculs de *phosphate ammoniaco-magnésien* ou *gravelle blanche;* calculs d'*oxalate de chaux ;* ces calculs qui sont quelquefois noirâtres ont reçu le nom de *gravelle jaune.* Enfin, on rencontre souvent des calculs *mixtes*, c'est-à-dire formés par plusieurs éléments. Malheureusement on n'a pas suffisamment étudié les rapports qui peuvent exister entre la composition chimique des calculs et les symptômes qu'ils produisent; nous pouvons dire seulement que les calculs d'acide urique sont, de tous, les plus fréquents et qu'ils correspondent à la goutte de forme commune; tandis que les calculs de phosphate ammoniaco-magnésien correspondent surtout à la *goutte chronique.*

Gravelle accidentelle.— Il y a des malades qui ne présentent cette affection qu'une seule fois dans leur vie; d'autres ont plusieurs atteintes, mais à époque éloignée. Dans les cas les plus simples, tout se borne à l'expulsion d'un nombre plus ou moins considérable de *graviers* arrondis, oblongs, quelquefois aplatis. Ces graviers, qui varient de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille, sont expulsés facilement et sans douleur; quelques graviers un peu plus gros ou inégaux déchirent les uretères et l'urèthre et causent une douleur assez vive, mais très-passagère. Dans d'autres cas les concrétions encore plus fines se présentent sous forme de *sable.* Ce sable se distingue des *dépôts* d'acide urique parce qu'ils sont tous formés au moment où l'urine est rendue; tandis que les *sédiments* se produisent par le refroidissement des urines. Aussi commencent-ils à se former sur les bords, là ou la couche du

liquide est moins épaisse et plus tôt refroidie; tandis que le sable gagne de suite le fond du vase.

Mais la gravelle, même accidentelle, présente rarement ce degré de bénignité, elle s'annonce par des pesanteurs et des engourdissements de l'un des reins, une hématurie variable en quantité; puis apparaît et se dessine l'ensemble des symptômes auquel on a donné le nom de *colique néphrétique.*

Colique néphrétique. — L'accès débute habituellement d'une manière subite par une douleur *déchirante*, siégeant soit sur l'un des reins, soit sur tous les deux; s'irradiant le long des uretères vers la vessie; atteignant la cuisse qui éprouve surtout un sentiment d'engourdissement, et le testicule qui se rétracte vers l'anneau. La douleur atteint rapidement son sommum d'intensité, les malades sont dans un état d'angoisse et d'agitation considérables; ils prennent les positions les plus variées; la face est altérée; la peau couverte de sueurs froides; le pouls filiforme; il y a toujours des nausées, souvent des vomissements; la constipation est opiniâtre. L'accès peut durer moins d'une heure; il peut se prolonger plusieurs heures et même plusieurs jours: alors l'état des malades devient très-alarmant, quelques-uns ont du délire ou des convulsions; enfin la douleur se calme et l'accès se termine par l'expulsion d'une urine trouble, sanguinolente, contenant un ou plusieurs calculs; mais, très-souvent, il n'y a que rémission et non terminaison de la colique néphrétique; et après un intervalle variable le malade est pris d'un autre accès; soit qu'il y ait plusieurs calculs à évacuer, soit qu'un seul accès ne suffise pas pour l'expulsion d'un calcul unique.

Dans les cas où les caractères de la colique néphrétique sont peu accentués et où le diagnostic serait hésitant, on devrait examiner les urines avec soin et si le procédé par la potasse révélait la présence du sang, il n'y aurait plus de doute sur l'existence d'un gravier.

J'ai vu un cas où il a fallu huit jours et un grand nombre d'accès pour l'expulsion d'un seul calcul. Souvent la douleur se déplace comme le calcul: son summum n'est plus en arrière à

la région rénale, mais en avant sur le trajet de l'uretère ; la pression augmente cette douleur.

Gravelle habituelle. — Chez un certain nombre de malades les attaques de gravelle se rapprochent d'année en année ; les reins s'enflamment, des concrétions trop volumineuses pour traverser les uretères, *calculs rénaux*, se forment dans le bassinet ; la pyélite, la néphrite, le phlegmon périrénal et ses suites viennent compliquer la gravelle et constituent un état fort grave qui, presque toujours, amène la mort des malades.

Traitement. — *Traitement de la lithiase.* C'est le traitement de la goutte ; les eaux alcalines faibles, celles d'Evian, celles de *Pffefers* surtout, produisent souvent d'heureux résultats. Mais nous sommes bien loin du temps où on tentait la dissolution des calculs d'acide urique avec des *eaux alcalines* : les principaux spécialistes ont démontré que les eaux de Vichy ne diminuaient point la grosseur des calculs et que, dans bien des cas même, elles avaient été défavorables en favorisant le dépôt des phosphates sur les calculs d'acide urique.

Les médicaments indiqués par la thérapeutique homœopathique sont : *arsenicum*, *lycopodium*, *calcarea*, *salsaparilla* et *phosphorus*. Mais cette étude est encore fort incomplète. Dans un certain nombre de cas j'ai réussi à éloigner beaucoup les accès de gravelle avec *arsenicum* (200e).

Traitement de la colique néphrétique. — *Belladona, pareira, hepar sulfuris*, *cannabis*, *nux vomica* et *pulsatilla* sont les médicaments généralement indiqués. *Belladona* et *hepar sulfuris* correspondent bien à l'ensemble des symptômes.

Pareira brava est un médicament employé empiriquement aux Antilles contre les affections calculeuses, le Dr Turrel nous a fait connaître ce médicament et j'ai eu occasion de l'employer avec succès. On prescrit pendant l'attaque de *colique néphrétique*, *Pareira brava* 3e six gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures si l'amélioration n'est pas rapide, il faut remplacer la 3e dilution par la *teinture-mère*.

Dans l'intervalle des accès on prescrit la 6e et la 12e dilution de *pareira brava*, deux fois par jour pendant huit jours. Repos quatre jours et recommencer pendant deux mois comme préventif.

Les bains, les lavements, des boissons abondantes, et, dans les cas où la douleur est trop violente, le chloroforme et les piqûres de morphine constituent des auxiliaires puissants.

CHAPITRE VII

DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE, TUBERCULES, CANCER, PARASITES DU REIN

Ces différentes lésions offrent peu d'intérêt à la *médecine pratique*. La *dégénérescence amyloïde* survient dans les mêmes circonstances cachectiques que celles du foie et de la rate et n'offre aucune indication thérapeutique spéciale.

Cancer du rein. — Cette localisation peut rester latente pendant la plus grande partie de sa durée; mais le plus souvent on reconnaît cette affection à une tumeur souvent énorme, bosselée, inégale; à des hémorrhagies qui peuvent être considérables et qui contribuent à abréger les jours du malade. Les urines contiennent souvent de l'albumine; la douleur n'est pas constante; exceptionnellement elle prend un degré d'acuité intolérable.

Tubercules du rein. — Les différentes formes de phthisie pulmonaire peuvent s'accompagner de tubercule du rein, mais alors cette lésion qui ne se révèle qu'à l'autopsie est tout à fait secondaire.

Quand la tuberculisation frappe sur la sphère génito-urinaire, l'affection du rein acquiert une plus grande importance; elle coïncide avec les tubercules du testicule, de la prostate et des vésicules séminales; la tuberculisation du poumon est alors consécutive. Dans ce dernier cas, on trouve dans les reins

des masses tuberculeuses et de véritables cavernes, l'affection se traduit par des urines purulentes, albumineuses et quelquefois sanguinolentes ; rarement on peut percevoir, par la palpation, le rein hypertrophié ou bosselé.

Parasites des reins. — On peut rencontrer dans les reins des *cysticerques* et le *strongle géant*; mais les parasites les plus fréquents sont les *échinocoques*. Ils se révèlent par une tumeur qui présente les caractères de toute tumeur hydatique; et surtout par l'expulsion de vessie ou de rudiment de vessie d'échinocoques.

Nous renvoyons, pour les terminaisons et le traitement aux hydatides du foie.

CHAPITRE VIII

HYDROPISIE DU REIN

Quand il existe sur un point quelconque de l'organe excréteur un obstacle complet au passage de l'urine, toute la portion située au-dessus de l'obstacle se dilate considérablement; la dilatation se produit des deux côtés quand l'obstacle existe dans la vessie ou dans l'urèthre; mais, dans ce cas, la dilatation ne peut aller bien loin, parce que la vie est incompatible avec la suppression complète et durable de l'excrétion urinaire. Le plus souvent, l'obstacle siége sur l'un des uretères; alors l'autre rein supplée à la sécrétion, la santé générale est peu troublée, et la dilatation de l'uretère et du bassin prend une extension tellement considérable que la substance du rein, d'abord atrophiée, finit par disparaître complètement. L'affection se reconnaît alors à l'existence d'une tumeur fluctuante dans la région rénale. Mais cette tumeur peut être envahie par l'inflammation et se terminer par un *abcès* avec toutes ses suites.

CHAPITRE IX

REIN MOBILE

Il arrive assez fréquemment que le rein quitte le tissu cellulo-graisseux dans lequel il est fixé d'ordinaire et devienne flottant dans l'abdomen. Ce déplacement, qui se rencontre principalement chez la femme et plutôt sur le rein droit que sur le rein gauche, ne s'accompagne habituellement d'aucun symptôme. Mais, dans certains cas, à la suite d'efforts, de coups, de constriction, il devient très-douloureux et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic qu'il importe d'éviter. Si on place une main, en arrière entre les côtes et la crête iliaque, et, qu'avec l'autre main on déprime la paroi abdominale dans la région correspondante, on constate que la place occupée par le rein, dans l'état physiologique, est complètement vide. Mais, par contre, on constate au-dessous du foie la présence d'une tumeur arrondie, lisse, ferme, mobile, facile à reconnaître pour le rein flottant, dont il a la forme; si on appuie fortement sur cette tumeur, on produit une douleur semblable à celle que donne la compression du côté sain. Ce diagnostic que nous avons vu souvent faire par Récamier est extrêmement facile, à l'aide des signes que nous venons d'énumérer.

L'unique **traitement** consiste dans l'application d'un cataplasme bien chaud si le rein est douloureux. De plus, le malade portera un bandage en caoutchouc, muni d'une large pelotte concave destinée à protéger et à maintenir le rein mobile.

LIVRE II

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA VESSIE

Les affections de la vessie comprennent : la *cystite*, l'*hémorrhagie vésicale*, le *ténesme*, la *paralysie*, l'*incontinence nocturne*, la *pierre*, les *tubercules* et le *cancer*.

CHAPITRE PREMIER

CYSTITE

C'est une maladie caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la muqueuse vésicale. Elle peut survenir indépendamment de toute autre maladie, sous l'impression du froid, ou à la suite du cathétérisme ; elle accompagne toujours la présence d'un corps étranger dans la vessie et est le symptôme habituel de la *pierre* ; enfin, elle peut compliquer la blennorrhagie. Elle est symptomatique de l'empoisonnement par les cantharides et la térébenthine. Toutes les maladies qui peuvent donner lieu à la rétention d'urine sont des occasions de cystite: les rétrécissements de l'urèthre, les maladies de la prostate, les paralysies de la vessie, suite d'affections de la moelle et du cerveau. Les goutteux et les dartreux sont plus que les autres hommes sujets à la cystite ; mais nous ne possédons pas d'observations suffisantes pour donner les signes distinctifs de l'inflammation de la vessie dans ces deux maladies.

I. Forme aigue. — La cystite qui succède à l'impression du froid, à l'empoisonnement par les cantharides, à un cathétérisme, à une blennorrhagie, suit une *marche aiguë*. Le mouvement fébrile est peu développé, la douleur est caractéristique par ses irradiations. Elle siége à l'hypogastre et s'étend en haut vers les reins, en bas vers l'extrémité du canal de l'urèthre ; elle augmente par la pression et par le mouvement, principalement par celui de la voiture. Le ténesme vésical, quelquefois poussé au

plus haut degré, est un symptôme constant. Quelquefois, le spasme du sphincter est tellement violent, qu'il en résulte une rétention d'urine passagère. Les urines sont brûlantes ; elles déposent bientôt un mucus visqueux, semblable à du blanc d'œuf peu cuit, mucus qui se réunit en masse au fond du vase.

La cystite que nous décrivons se termine le plus souvent par la guérison, après un septénaire, quelquefois moins, quelquefois plus ; d'autres fois, elle passe à l'*état chronique*.

II. Forme chronique. — La cystite suit quelquefois une *marche chronique* dès le début; la douleur est peu sensible, le *ténesme* et la présence du *mucus* dans l'urine sont les deux signes de cette affection, pendant la première période de la maladie.

Lorsque la cystite persiste pendant longtemps, il se développe des lésions consécutives fort importantes à étudier. La vessie subit une véritable hypertrophie excentrique, comparable à celle du cœur. Les faisceaux musculaires, développés, constituent ce qu'on a appelé les *vessies à colonnes*. Le réservoir de l'urine, énormément développé, forme une tumeur qui dépasse l'ombilic; cette distension s'accompagne d'une demi-paralysie de la vessie qui se vide incomplètement et reste constamment distendue. Le mucus puriforme est très-abondant et peut constituer le tiers, la moitié des urines rendues ; il fermente et détermine l'alcalinité de l'urine qui devient fortement ammoniacale. Le microscope permet de reconnaître alors des cellules de pus et de mucus ; des cristaux étoilés d'urate d'ammoniaque et les grands cristaux en forme de *couvercle de cercueil* (Niemeyer) de phosphate ammoniaco-magnésien. La cystite arrivée à ce degré s'accompagne de fièvre hectique avec amaigrissement squelettique et grands dangers pour la vie des malades.

Dans ces vessies dilatées se produisent souvent des ulcérations ; d'où des abcès, des péricystites et des perforations. Quelquefois, entre les colonnes musculaires, la muqueuse fait hernie et constitue de larges diverticulums, où séjournent une urine purulente et des concrétions calculeuses.

Dans des cas plus rares, et sans que je puisse en préciser la raison, la vessie subit une hypertrophie concentrique, et consti-

tue alors derrière le pubis, une tumeur dure, pyriforme, qui peut donner lieu à bien des erreurs de diagnostic.

Quand la cystite a déterminé toutes ces lésions, elle est habituellement incurable et amène la mort par épuisement des malades.

Une terminaison plus rare et plus grave est la *gangrène* de la muqueuse vésicale. Elle s'observe principalement dans les empoisonnements par les cantharides, et chez les vieillards, lorsque la cystite chronique passe à l'état aigu. Une urine sanguinolente, brune, fétide et l'affaissement du malade sont les signes de cette terminaison promptement mortelle.

Traitement. — Quand la cystite est aiguë, qu'il y a ténesme violent et que les urines contiennent des glaires et du sang, le médicament principal est *cantharis* ; ce n'est que dans le cas de fièvre violente qu'on devrait employer *aconitum*.

Pulsatilla convient quand il y a ténesme, douleur au col de la vessie, urines sanguinolentes ; mais il sera préféré si les urines sont purulentes ; et si, après la miction, le malade éprouve des douleurs crampoïdes dans les cuisses et dans le bassin.

Digitalis est indiqué par l'inflammation du col de la vessie ; urines difficiles ou même rétention d'urine.

Nux vomica est indiqué par le ténesme, les douleurs du col, les urines sanglantes. Ce médicament est prescrit chez les hémorrhoïdaires et dans la cystite due à la gravelle.

Quand la cystite n'est plus à la période aiguë, si le dépôt est encore catarrhal, semblable à du blanc d'œuf peu cuit, *dulcamara* est le médicament principal : ténesme, douleur vésicale, urines troubles, contenant un mucus visqueux.

Sulfur vient après *dulcamara* ; il est indiqué par un dépôt de muco-pus abondant, des urines fétides, sanguinolentes par moment.

Tarentula m'a rendu des services quand le ténesme est très-marqué. On pourra encore consulter *conium*, *antimonium* et *mezereum*.

Si les urines sont purulentes avec mouvement fébrile, amaigrissement et chute des forces, *cantharides* devient encore le mé-

dicament principal. J'ai obtenu une très-belle cure avec ce médicament à la 6e et la 3e dilution. A un degré moindre, quand il n'y a ni pierre, ni amaigrissement, cantharis convient si les urines sont puriformes.

Excepté *sulfur* que j'ai prescrit de la 6e à la 30e dilution, j'ai toujours employé les autres médicaments à la 3e dilution.

CHAPITRE II

HÉMORRHAGIE VÉSICALE

C'est souvent le symptôme d'un corps étranger introduit ou développé spontanément dans la vessie, c'est donc un signe de la pierre. L'hématurie vésicale s'observe encore dans l'empoisonnement par les cantharides, dans les fièvres graves, le purpura. C'est un symptôme fréquent de la cystite avec ulcération, des tubercules et du cancer de la vessie. Enfin elle peut survenir comme hémorrhagie supplémentaire des règles ou des hémorrhoïdes.

Nous manquons de signes certains pour distinguer l'hématurie rénale de l'hématurie vésicale ; dans cette dernière, le mélange de sang à l'urine est moins complet et on observe plus souvent la formation de caillots. Souvent le sang déposé dans le bas-fond de la vessie n'apparaît qu'à la fin de la miction. Le siége de la douleur, quand il y a douleur, est un bon signe diagnostique.

Traitement. — Indépendamment des médicaments que nous avons indiqués à propos de la cystite et de la gravelle, nous recommandons ici, dans les cas graves, l'application du froid à l'extérieur et en injection est un bon moyen, comme médicament principal tlaspi en teinture mère.

CHAPITRE III

TÉNESME VÉSICAL

Indépendamment des affections de la vessie déjà décrites et dans lesquelles nous avons signalé le ténesme vésical, ce symptôme est fréquent chez les onanistes et chez ceux qui ont abusé des plaisirs vénériens ; *castus raro mingit* ; il s'observe encore dans l'hystérie, dans l'hypochondrie et dans l'affection hémorrhoïdaire de l'anus.

On trouvera au **traitement** des affections vésicales l'indication des médicaments qui répondent au ténesme, et dont les principaux sont *cantharis*, *nux vomica*, *capsicum annuum*, *mezereum*, *pulsatilla*, *tarentula* et *digitalis*.

CHAPITRE IV

PARALYSIE DE LA VESSIE

La paralysie peut porter isolément sur le sphincter ou sur la vessie ; dans d'autres cas, elle occupe simultanément ces deux siéges.

Il y a donc dans certains cas *rétention* et dans d'autres *incontinence* d'urine ; voici le mécanisme de ces deux symptômes. Le *sphincter* est animé par des nerfs qui prennent leur origine dans le *renflement lombaire* et la vessie reçoit ses nerfs du grand sympathique dont les origines occupent les régions supérieures de la moelle. Si donc la lésion siége dans la région *dorsale* et cervicale de la moelle, la contractilité du sphincter qui vient du renflement lombaire persiste ; il y a *rétention* tant parce que l'influence volontaire n'est pas transmise à travers la moelle malade que parce que les fibres vésicales sont paralysées.

Si la lésion atteint le noyau lombaire le sphincter est paralysé; il ne retient plus les urines, il y a *incontinence*; quand la pa-

ralysie atteint à la fois la vessie et son sphincter, le réservoir de l'urine se laisse distendre, les urines coulent par *regorgement* et la vessie ne se vide jamais. Dans les myélites descendantes on voit ainsi l'*incontinence* succéder à la *rétention*.

Dans l'hystérie le sphincter n'est pas habituellement paralysé et il y a *rétention*. Dans les *fièvres* et dans les *affections* aiguës du cerveau on observe les deux symptômes.

Traitement. — Nous avons un grand nombre de médicaments qui agissent dans la paralysie de la vessie ou de son sphincter.

Dans la paralysie du sphincter ce sont *belladona*, *cicuta*, *ignatia*, mais principalement *causticum*, *natrum muriaticum*, *zincum*, et *sulfur*. Ces médicaments ont tous pour symptôme l'*évacuation involontaire*, l'*incontinence* qui indiquent la paralysie du sphincter ; les urines s'échappent par le mouvement, la toux, le rire.

Cicuta, *plumbum*, *opium*, *aurum*, *arsenicum*, *pulsatilla*, mais surtout *camphora*, conviennent contre la paralysie du réservoir lui même et ont pour symptôme la *rétention* d'urine. *Camphora* doit être employé dès le début ; quelques gouttes d'*esprit de camphre* sur du sucre ; l'application d'huile camphrée sur la région de la vessie est un très-bon auxiliaire.

Lachesis, *arsenicum*, *hyoscyamus*, *lauro cerasus*, *dulcamara*, et les médicaments indiqués à la paralysie du sphincter conviennent dans la paralysie simultanée du sphincter et du réservoir.

CHAPITRE V

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

Nous la décrivons à part et séparément de la paralysie de la vessie ; cette maladie particulière à la seconde enfance est caractérisée par l'émission involontaire et inconsciente des urines pendant le sommeil.

Cette maladie manifestement héréditaire n'a pas d'autres

symptômes que celui qui sert à sa définition. L'émission involontaire de l'urine a souvent lieu toutes les nuits. Malgré les précautions que prennent les parents de réveiller l'enfant pour le faire uriner; la quantité d'urine émise chaque nuit est considérable.

La maladie s'interrompt quelquefois d'elle-même pendant un temps variable et reparaît ensuite avec une nouvelle intensité.

Le plus souvent l'incontinence nocturne guérit spontanément à la puberté. J'ai observé un certain nombre de jeunes filles chez lesquelles la maladie n'avait disparu qu'avec le mariage; enfin j'ai observé des cas où elle a persévéré pendant toute la vie des malades malgré le mariage et plusieurs grossesses. J'ai trouvé les petites filles plus faciles à guérir que les petits garçons.

Traitement. — Les bains froids et même les bains de mer échouent souvent dans le traitement de cette affection. Les médicaments principaux sont : *belladona*, *pulsatilla*, *cina*, *ignatia*, *sulfur*, *silicea*, *causticum*, *arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *sepia*. Tous ces médicaments produisent l'incontincence nocturne d'urine, ils doivent être prescrits, à doses variables, avec persévérance. J'ai coutume de donner le médicament deux fois par jour pendant huit jours et de laisser reposer le malade autant de jours. S'il y a interruption de la maladie, je n'administre une autre dose que lorsque l'accident se reproduit.

Belladona convient principalement quand il y a, pendant le jour, émission fréquente d'une urine pâle. Ce médicament, pour lequel il faut arriver quelquefois à la teinture mère, est celui qui m'a donné le plus de succès. J'ai quelquefois heureusement complété son action avec *causticum* 200.

Pulsatilla convient principalement lorsque pendant le jour il existe un *ténesme* vésical ou des envies irrésistibles et subites d'uriner. J'ai vu plusieurs fois *pulsatilla* 12[e], administré à de grandes personnes pour une maladie étrangère à la vessie, produire le *pissement au lit* accidentel. Ce médicament a donné des guérisons; j'ai un cas par *pulsatilla* 800[e].

Cina lorsqu'il existe des symptômes vermineux et que les urines se troublent promptement. Même en l'absence des symptômes vermineux, cina est un médicament très-fidèle et auquel je dois plusieurs guérisons. Je l'ai toujours employé à la 3e trituration.

Ignatia à la 12e m'a produit deux succès rapides chez des jeunes filles dont les règles trop abondantes avançaient beaucoup. *Atkekenge* a été indiqué empiriquement.

On cherchera dans l'étude des symptômes l'indication des autres médicaments.

CHAPITRE VI

PIERRE

La pierre se développe soit autour d'un calcul rénal tombé dans la vessie, et c'est là, de beaucoup, le cas le plus fréquent ; soit sur un corps étranger introduit dans cet organe. L'urine joue alors le rôle d'*eau pétrifiante*, ses sels se précipitent et se condensent sur le corps étranger.

Cette affection est fréquente dans la seconde enfance et dans la vieillesse ; elle se montre du reste à tous les âges de la vie. Nous n'insisterons pas davantage sur l'*étiologie* de la lithiase parce que c'est absolument celle de la goutte.

Les symptômes produits par la présence d'une pierre dans la vessie sont, en première ligne, une douleur qui correspond à l'extrémité de la verge. Cette douleur augmente par le mouvement et surtout par les secousses de la voiture ; elle s'accompagne de ténesme vésical et souvent d'une interruption subite du jet de l'urine. Après la douleur, vient la présence *du sang* dans les urines : ce symptôme doit être recherché avec grand soin, surtout lorsque le malade a été en voiture. Quand la pierre séjourne depuis longtemps, il y a habituellement un degré plus ou moins considérable de catarrhe vésical.

Les douleurs, le catarrhe vésical, vont en augmentant à mesure que la pierre grossit, et finissent par amener la mort des malades si on ne parvient pas à extraire le calcul.

CHAPITRE VII

TUBERCULES ET CANCER DE LA VESSIE

Les **tubercules** de la vessie ne surviennent guère que comme une complication des tubercules des testicules, de la prostate ou des reins. Ils s'accompagnent de tous les signes du catarrhe chronique.

Le **cancer** de la vessie est souvent primitif; il détermine, lui aussi, des symptômes de catarrhe ; mais les hémorrhagies sont plus abondantes et plus fréquentes. L'examen microscopique de l'urine permet de reconnaître les éléments du cancer. Quand la maladie est très-avancée, on peut souvent, par la palpation ou par le toucher, constater une tumeur dure, pesante, irrégulière. Les douleurs lancinantes s'observent habituellement dans le cancer.

Traitement. — Le traitement de ces affections, comme celui de la pierre, est purement symptomatique : il faut combattre les douleurs, le catarrhe et les hémorrhagies par les moyens appropriés. Quant au traitement du *cancer* et du *tubercule*, on devra se reporter à ce que nous avons dit au sujet de la diathèse cancéreuse et de la scrofule.

LIVRE III

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'URÈTHRE

Les affections de l'urèthre comprennent l'*uréthrite* et la *blennorrhagie.*

CHAPITRE PREMIER

URÉTHRITE

Indépendamment de la blennorrhagie, on rencontre l'inflammation du canal de l'urèthre dans les circonstances suivantes spontanément chez les goutteux et les hémorrhoïdaires ; à la suite de l'application de causes externes : cathétérisme, usage de la bière, des cantharides, de la térébenthine, du copahu.

L'uréthrite symptomatique est rarement intense; sa durée est généralement plus courte que celle de la blennorrhagie ; mais, comme cette dernière, elle peut avoir son retentissement sur les yeux, les articulations, l'épididyme, et se propager au reste des voies urinaires. Ce que nous dirons au chapitre de la blennorrhagie nous dispense d'entrer dans plus de détails.Nous renvoyons également à ce chapitre pour le traitement de l'uréthrite.

CHAPITRE II

BLENNORRHAGIE

C'est le catarrhe contagieux de la muqueuse génito-urinaire. La blennorrhagie est une maladie *vénérienne*, c'est-à-dire qu'elle ne se développe jamais en dehors des rapports sexuels. La plupart des médecins spécialistes prétendent que l'abus du coït surtout chez une femme atteinte de leucorrhée peut produire la blennorrhagie. Nous protestons formellement contre

cette opinion, non-seulement en vertu de l'adage que la *plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a ;* mais parce que dans une pratique de plus de trente ans nous n'avons jamais trouvé un exemple de cette genèse de blennorrhagie. Nous attribuons l'opinion des spécialistes au *milieu* dans lequel ils pratiquent et qui, en général, n'est pas d'une pureté de mœurs exemplaire.

La blennorrhagie est radicalement distincte de la syphilis, et l'honneur de cette distinction revient principalement à Ricord.

La blennorrhagie présente trois formes : *forme bénigne, forme commune, forme grave* ou *cordée.* Nous séparons complétement de l'histoire de la blennorrhagie celle de l'*uréthrite simple,* que nous avons décrite dans le chapitre précédent.

I. Forme commune. — Elle débute habituellement cinq ou six jours après le coït. Nous avons vu cette période d'incubation s'étendre à trois semaines, et Hunter a observé une durée de six semaines. La maladie s'annonce par un sentiment de prurit et de chaleur, localisé surtout au méat urinaire et à la partie antérieure du canal de l'urèthre. Chez la femme, cette sensation s'étend à toute la vulve, et dans les deux sexes s'accompagne d'excitation vénérienne ; en même temps les envies d'uriner deviennent plus fréquentes. Le lendemain, un sentiment de cuisson bien décidé remplace le prurit ; le méat est rouge, la muqueuse est boursouflée. La cuisson augmente les jours suivants et on constate la présence d'un muco-pus encore peu abondant. Ici nous devons signaler une *variété* de marche fort importante à noter. Habituellement les symptômes s'aggravent rapidement et atteignent leur summum dès la fin du premier septénaire ; mais d'autres fois la maladie reste très-bénigne en apparence pendant bien des jours, et ce n'est guère qu'à la fin du second septénaire que les symptômes prennent une grande intensité. Arrivée à sa période d'état la blennorrhagie est constituée par l'ensemble des symptômes suivants : écoulement abondant d'un pus épais et verdâtre ; douleurs brûlantes et sécantes extrêmement vives quand le malade urine ; urines fréquentes ; érections douloureuses allant quelquefois jusqu'au priapisme, surtout la nuit. Cet état vio-

lent dure habituellement douze à quinze jours, puis il décroît assez rapidement. La douleur diminue d'abord ; l'écoulement devient moins abondant, moins épais, moins coloré, mais trois semaines se passent encore avant qu'il se tarisse tout à fait. Quand la blennorrhagie s'est répétée plusieurs fois, la guérison radicale s'obtient difficilement, et chaque matin les malades retrouvent, en pressant l'urèthre, une goutte de muco-pus. Ce symptôme, connu sous le nom de *goutte militaire*, s'accompagne très-souvent de rétrécissement et est excessivement difficile à guérir. Sous l'influence de l'excitation vénérienne, ce symptôme peut augmenter et communiquer la blennorrhagie.

Chez la femme, la maladie reste rarement bornée au canal de l'urèthre ; elle s'étend habituellement à la vulve et au vagin ; aussi l'écoulement est-il considérable. Les douleurs disparaissent assez promptement ; mais l'écoulement peut persister pendant des années quand une fois il s'est localisé dans le vagin et dans l'utérus.

Accidents et complications. — Pour bien comprendre quelques-uns de ces accidents, il faut savoir que l'inflammation de la blennorrhagie a une nature envahissante analogue à celle de l'érysipèle et qu'elle marche toujours des parties superficielles aux parties profondes. Ainsi localisée d'abord dans la partie antérieure de l'urèthre, elle gagne, après une durée de quinze jours ou trois semaines, la partie membraneuse du canal.

1° *Propagation à la vessie et aux reins.* — Cette propagation s'arrête habituellement au col de la vessie ; elle s'accompagne d'un ténesme considérable, d'une miction extrêmement douloureuse, d'une urine trouble contenant des flocons de mucus transparent et sanguinolent ; d'une douleur correspondant au siége de l'inflammation. Cette douleur s'étend à l'hypogastre, si la vessie est envahie, et elle retentit plus ou moins fortement dans les deux reins. Dans quelques cas, les bassinets et les reins sont eux-mêmes envahis.

L'inflammation se propage encore quelquefois dans le tissu

cellulaire voisin du canal et y détermine de *petits abcès* dans les *veines* et les *lymphatiques* de la verge.

2° *Epididymite blennorrhagique.* — Une complication plus fréquente mais tardive est l'*épididymite blennorrhagique.* Elle se produit habituellement après la troisième semaine; parce que ce n'est guère qu'à ce moment que l'inflammation a gagné l'orifice des canaux déférents et qu'elle peut, par cette voie, gagner l'épididyme.

L'épididymite est une complication très-douloureuse; elle s'accompagne d'un gonflement énorme et extrêmement dur; toujours on peut reconnaître au-dessous de cette coque inflammatoire le testicule ayant sa consistance et son volume ordinaires. Quand l'inflammation est violente, elle s'accompagne d'un épanchement de liquide dans la tunique vaginale. L'épididymite blennorrhagique se termine habituellement par résolution après une durée de deux à quatre semaines; mais elle peut se terminer par *suppuration* ou par *induration.* La première terminaison est extrêmement rare; mais la seconde est assez fréquente. Cette induration peut persister toute la vie; elle peut se résoudre, mais il faut savoir qu'elle peut entraîner l'*atrophie* complète du testicule, et si, ce qui est excessivement rare, la maladie occupe les deux côtés, une impuissance absolue; une véritable castration peut être le résultat définitif de la blennorrhgie. J'ai observé cette fâcheuse terminaison une seule fois.

L'épididymite siége le plus souvent à gauche, parce que ce testicule est plus pendant et moins soutenu par le pantalon. Souvent, pendant la période d'état de l'épididymite, l'écoulement diminue ou même se supprime pour reparaître quand la maladie va mieux. Ce phénomène, qui est en rapport avec cette loi pathologique qui veut que de deux organes enflammés simultanément, le plus malade éteigne pour un temps les symptômes de celui qui l'est moins, a donné naissance à des théories absurdes sur la métastase du pus blennorrhagique.

3° *Ophthalmie blennorrhagique.* — Cette complication est excessivement grave; elle a plusieurs fois détruit irrémissiblement la vue d'un œil en moins de quarante-huit heures. Il est démontré aujourd'hui qu'elle n'est pas toujours due à une ino-

culation directe du pus blennorrhagique. Cette ophthalmie débute par un sentiment de cuisson et de la rougeur de la conjonctive. L'inflammation marche rapidement, et au bout de vingt-quatre heures il existe un chémosis énorme; la conjonctive est d'un rouge-sang; la cornée troublée, et le sillon oculo-palpébral rempli d'un pus blanc et épais. Si la maladie n'est point arrêtée dans sa marche, elle se termine par l'obscurcissement de la cornée, et souvent par son ulcération et la perte de l'œil.

4° *Arthrite.* — C'est une complication de la blennorrhagie pour laquelle on ne peut invoquer l'inoculation directe; il faut ici, de toute nécessité, réconnaître que l'idée organicienne est insuffisante pour expliquer la succession des symptômes, et revenir forcément à considérer la blennorrhagie comme une maladie *totius substantiæ* contenant en puissance toutes les affections que nous décrivons en ce moment.

L'arthrite blennorrhagique est habituellement mono-articulaire. Elle a une bien plus grande fixité que l'arthrite rhumatismale ; elle peut persister pendant des mois et devenir l'origine d'une tumeur blanche particulière ; elle se distingue de l'hydarthrose par la douleur et par un épanchement moindre.

Nous devons signaler, comme des complications de même nature que l'arthrite, l'*endocardite*, la *péricardite* et la *pleurésie* blennorrhagiques. Ces complications sont excessivement rares.

La blennorrhagie entraîne souvent à sa suite, surtout quand elle a été répétée, le *rétrécissement* du canal de l'urèthre, l'*engorgement* de la prostate, le *catharre* de la vessie et l'*inflammation* chronique de toutes les voies urinaires. Ces accidents ultimes de la blennorrhagie empoisonnent l'existence d'un grand nombre de vieillards et sont une cause puissante de mortalité.

II. Forme bénigne. — Elle parcourt toutes ses périodes en trois semaines ; elle est peu douloureuse, et les signes de l'inflammation uréthrale sont très-peu marqués. Elle guérit spontanément. Il faut compter dans la forme bénigne, la blennor-

rhagie bornée au gland et au prépuce chez l'homme (*balanite*) et à la vulve chez la femme.

III. Forme grave ou cordée. — Elle a été distinguée depuis longtemps à cause du symptôme excessivement douloureux qui lui a valu son nom. Elle est caractérisée par l'inflammation du tissu érectile propre au canal de l'urèthre, en sorte que le canal présente au toucher un cylindre dur et douloureux. L'inflammation du tissu propre de l'urèthre le rend inextensible et lui fait perdre ses propriétés érectiles ; et lorsque les corps caverneux entrent en érection, l'urèthre ne peut plus suivre le mouvement, il ne s'allonge pas et recourbe la verge comme si une *corde* était fixée du périnée à l'extrémité du gland. Ce symptôme est extrêmement douloureux ; et la membrane muqueuse de l'urèthre, tiraillée outre mesure, se rompt et donne lieu à de petites hémorrhagies.

Cette forme de la blennorrhagie est accompagnée de symptômes inflammatoires violents ; elle se complique souvent d'abcès, et sa durée est fort longue. On observe quelquefois comme phénomène consécutif une impuissance relative due au mécanisme suivant : le tissu érectile de l'urèthre ne recouvre point ses propriétés, et comme celui du gland n'est que son expansion, il en résulte que ce dernier organe ne participe plus à l'érection générale.

Plus que toutes les autres formes, la blennorrhagie cordée entraîne à sa suite les rétrécissements et les affections de la vessie et de la prostate, dont nous avons déjà parlé.

Traitement. — Il faut bien savoir qu'on ne *coupe* pas la blennorrhagie et que, pendant la première période, le rôle de médecin doit se borner à combattre les accidents.

Au début, *cannabis* teinture mère, à la dose de **1** gr. dans une potion de 200 gram., une cuillerée toutes les deux heures, modère habituellement les symptômes inflammatoires.

Cantharis, 3e dilution, est indiqué par les érections douloureuses et m'a très-souvent réussi. *Copahiva*, qui a parmi ses symptômes l'inflammation du canal de l'urèthre, est aussi

indiqué dans cette période. Plus tard, quand l'inflammation est tombée, on réussit très-rapidement à guérir l'écoulement avec des injections contenant de 50 centigr. à 1 gr. de la première dilution de *corrosivus* dans 100 gr. d'eau. Ces injections sont renouvelées trois ou quatre fois par jour.

L'*épididymite* n'a pas de meilleur remède que *pulsatilla* 3°, 2°, 1re dilutions, trois à dix gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les trois ou quatre heures; viennent ensuite *clematis erecta* et *tarentula*.

Depuis la publication de notre première édition, *hamamelis* a été signalé comme un médicament important dans le traitement de l'épididymite, il nous a rendu service dans les cas où l'inflammation était très-violente avec gonflement énorme et douleur intolérable. Nous avons employé les basses dilutions répétées chaque jour et aidé d'irrigations d'eau tiède presque continues.

Le traitement *homœopathique* de l'ophthalmie blennorrhagique est encore fort peu avancé, et pour peu que le traitement que nous allons indiquer ne donne pas de résultat immédiat, nous conseillons d'avoir recours aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

Pulsatilla et *mercurius* sont les deux médicaments indiqués par les symptômes, mais il faut y joindre des injections avec la solution de *corrosivus* indiquée plus haut. Ces injections seront répétées toutes les deux heures. J'ai obtenu des résultats très-heureux et très-prompts de ce traitement dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui est souvent une ophthalmie blennorrhagique.

On trouvera aux chapitres du rhumatisme, de la pleurésie et de la péricardite, le traitement de ces affections quand elles se développent sous l'influence de la blennorrhagie.

Nous trouvons les renseignements suivants dans Richard Hughes!

Agnus castus. Son affinité élective pour les organes sexuels paraît le rendre efficace contre leurs affections locales, c'est ainsi qu'il s'est montré curatif dans certains cas de gonorrhée.

Alumina a guéri la gonorrhée, il affecte principalement le système sexuel et les membranes muqueuses.

Chimaphila analogue au *pareira brava*; elle a entre les mains du Dr Hale guéri une blennorrhée.

Hydrastis canadensis. Le Dr Veldham le préconise en injections dans la blennorrhagie chronique (*gleet*, goutte militaire).

Petroselinum. D'après la courte pathogénésie de Jahr, ce médicament paraît avoir une action marquée sur la muqueuse de l'urèthre, et a été employé en conséquence dans la gonorrhée.

LIVRE IV

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Ces affections sont principalement du domaine de la chirurgie. Nous dirons seulement un mot de la *prostatite*, du diagnostic des *tumeurs* les plus fréquentes du testicule et des bourses. Nous terminerons ce livre par le *priapisme et* l'*impuissance.*

CHAPITRE PREMIER

MALADIE DE LA PROSTATE

Elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation de la prostate. Consitue-t-elle jamais une maladie essentielle? Le fait est douteux. On la rencontre surtout dans deux circonstances : chez les hémorrhoïdaires et comme une suite de la blennorrhagie. Elle peut affecter une marche aiguë et se terminer par la formation d'abcès, c'est la *prostatite* proprement dite; elle peut au contraire prendre les allures d'une maladie chronique, et c'est le cas le plus fréquent; elle est alors décrite sous le nom d'*engorgement* de la prostate.

Prostatite aiguë. — La *prostatite* se développe quelquefois en l'absence de la blennorrhagie, chez les hémorrhoïdaires, à l'occasion de fatigues, d'un long voyage en chemin de fer, par exemple; mais le plus souvent elle est produite par la propagation de l'inflammation du canal de l'urèthre, au même titre et par le même mécanisme que la cystite et l'épididymite.

Les symptômes acquièrent habituellement une assez grande violence; mouvement fébrile intense, douleur continue, augmentant par le mouvement, par la miction, par la défécation, par le toucher rectal. Ce mode d'examen permet de constater une grande élévation de la température et l'existence d'une tumeur dans la région de la prostate; il y a du ténesme vésical et

le plus souvent une constipation opiniâtre ; la maladie s'accroît habituellement pendant le premier septénaire ; et si elle se termine par résolution, les symptômes décroissent rapidement et la guérison est complète après quelques jours. Si la maladie doit se terminer par un *abcès*, le mouvement fébrile augmente, les douleurs deviennent pulsatives, et le toucher permet bientôt de constater une fluctuation évidente. L'histoire de ces abcès ne présente rien de particulier ; seulement, à cause de leur situation dans une région très-riche en tissu cellulaire, il importe de les ouvrir le plus tôt possible, afin d'éviter des décollements considérables et fort difficiles à guérir.

L'**engorgement** de la prostate est une inflammation parenchymateuse à marche chronique. Dans les premiers temps, elle s'accompagne d'un petit nombre de symptômes ; mais, quand le développement de l'organe est devenu considérable, il gêne beaucoup l'émission des urines et des matières fécales et donne lieu à des rétentions souvent fort difficiles à vaincre, en particulier pour le canal de l'urèthre. Il est nécessaire de se rappeler que cette affection de la prostate est toujours liée à des reliquats de blennorrhagie, en sorte que l'on constate en même temps des rétrécissements de l'urèthre et des catarrhes de la vessie qui modifient singulièrement la physionomie et la marche de la maladie. Le diagnostic de l'engorgement se fait surtout à l'aide du toucher rectal.

Traitement. — *Bryonia* et *pulsatilla* sont les deux principaux médicaments de la prostatite aiguë. Si l'abcès se forme, il faudra faire intervenir *hepar sulfuris* et *silicea*. Contre l'engorgement de la prostate, nous conseillons principalement *mercurius*, *iodium* et *conium*. *Secale cornutum* à la 3e dil. nous a rendu service dans le traitement des affections de la prostate.

Tubercules. — Les *tubercules* de la prostate coïncident presque toujours avec les tubercules du testicule. Cette complication est grave, parce que les tubercules ramollis s'ouvrent difficilement une voie à l'extérieur. Le *traitement* est le même que dans le sarcocèle scrofuleux.

Cancer. — Le *cancer* de la prostate est une affection toujours mortelle. Le diagnostic se tire des douleurs, mais principalement de l'existence d'une tumeur volumineuse, bosselée, d'inégale consistance. En général, le cancer de la prostate marche vite; comme toutes les tumeurs de cette région, il peut se compliquer d'une rétention d'urine. Le *traitement* curatif est nul.

CHAPITRE II

HYDROCÈLE, TUBERCULES, CANCER DU TESTICULE, TESTICULE SYPHILITIQUE

Nous ne dirons qu'un mot sur le diagnotic et le traitement de ces affections qui sont presque complètement du domaine de la chirurgie.

L'hydrocèle est constituée par une tumeur pyriforme et transparente, moins pesante que les autres tumeurs du scrotum. L'*injection* de quelques cuillerées d'eau iodée à l'aide d'un trocart capillaire suffit quelquefois à la guérison de cette maladie, pourvu qu'on veuille bien attendre six semaines et deux mois après l'opération. Si ce moyen ne réussit pas, on peut augmenter la force de l'injection jusqu'à un tiers de teinture pour deux tiers d'eau.

Les tubercules se localisent dans l'épididyme et dans le testicule. Ils se présentent sous forme de tumeurs multiples, qui suppurent et s'ulcèrent isolément. Les deux testicules sont pris le plus souvent. Cette affection qui marche très-lentement est quelquefois suivie de tuberculisation dans d'autres organes, complication qui peut entraîner la mort des malades.

Les médicaments principaux sont *sulfur*, *conium maculatum* et *iodium*. Il faut étudier ces trois médicaments en variant les doses et en insistant sur celui qui réussit le mieux. *Silicea* convient principalement quand les tubercules sont suppurés et ulcérés. *Tarentula*, indiqué dernièrement, ne m'a pas réussi dans le seul cas où je l'ai administré.

Cancer du testicule. — Il siége habituellement d'un seul côté ; il produit une tumeur considérable, lourde, bosselée ; et plus tard l'engorgement du cordon et des ganglions lombaires.

Cette tumeur présente fréquemment des douleurs lancinantes, elle se ramollit et donne lieu à des ulcères saignants et végétants. La *castration* est une triste ressource, tous les médicaments ont échoué jusqu'ici.

Testicule syphilitique. — C'est une affection intermédiaire à la 2e et à la 3e période de la syphilis ; elle peut occuper les deux testicules, mais le plus souvent elle reste bornée à un seul. Habituellement complètement indolente, elle offre quelquefois comme symptôme précurseur des douleurs lombaires nocturnes. Elle siége dans le testicule lui-même et non dans l'épididyme comme l'affection blennorrhagique. Le testicule perd son élasticité naturelle ; il constitue une tumeur lourde, indolente, dure et assez régulièrement pyriforme.

La marche de l'affection est essentiellement chronique ; elle n'a aucune tendance à une guérison spontanée, il est bien rare qu'elle se termine par la suppuration.

Le traitement est celui de la syphilis de forme commune.

CHAPITRE III

PRIAPISME

Symptôme qui s'observe principalement dans l'empoisonnement par les cantharides et dans la blennorrhagie ; c'est aussi un signe de la pierre et de certaines affections du cervelet, du bulbe rachidien et de la moelle épinière.

Dans l'empoisonnement par les cantharides, le *camphre* à haute dose et l'*opium* sont les deux principaux médicaments, Dans les autres circonstances et en particulier dans la blennorrhagie, *cantharis* est extrêmement efficace : viennent ensuite *euphorbium* et *nitri acidum*.

CHAPITRE IV

IMPUISSANCE

L'impuissance chez l'homme consiste dans une absence d'érection ; cette absence est complète ou incomplète. L'impuis sance entraîne l'infécondité ; mais elle s'en distigue parce que l'*infécondité* peut exister avec toutes les apparences de la virilité.

L'*impuissance complète* est le symptôme de la castration ou de l'absence congénitale des testicules. On l'observe dans la paraplégie, à la fin de l'ataxie locomotrice ; c'est un symptôme habituel du dieabèt et de toutes les cachexies. Mais il y a des exemples fort rares d'impuissance complète chez des hommes du reste bien conformés et en l'absence de toute maladie. Cette impuissance est incurable

Vous devons dire un mot de l'*impuissance transitoire* due à des impressions morales. Cette affection, qui s'observe chez des hommes timides et défiants de leurs propres forces, se guérit habituellement par la cessation des causes qui l'ont produite, C'est souvent un symptôme de l'hypochondrie.

L'impuissance incomplète s'accompagne habituellement de spermatorrhée. Les malades qui présentent cette affection sont pris, sous l'influence d'excitation génitale directe ou indirecte, d'une érection le plus souvent incomplète, quelquefois complète, mais suivie immédiatement d'une éjaculation sans énergie. Dans le degré le plus faible de cette impuissance, les malades peuvent pratiquer le coït ; mais cet acte est extrêmement rapide, l'éjaculation ayant lieu immédiatement ou presque immédiatement après l'introduction de la verge. Cet état s'accompagne le plus souvent de pollutions nocturnes fréquentes, il conduit le malade à une hypochondrie profonde et détermine plus ou moins vite un état d'épuisement excessif.

Les hommes qui ont fait des excès vénériens, les onanistes surtout, sont à peu près les seuls qui présentent cette impuis-

sance. Cependant on l'observe encore dans la première période de l'ataxie locomotrice, de la paralysie générale, de la démence.

Traitement. — Les bains froids, les bains de mer, les bains de Widbad, de Gastein, de Pfeffers, et l'hydrothérapie, produisent d'heureux résultats quand la maladie n'est pas trop avancée. Les médicaments principaux sont *selenium*, *sulfur*, *natrum muriaticum*, *conium*, *agnus castus*, *berberis vulgaris*, *lycopodium*.

Tous ces médicaments présentent les symptômes suivants : absence et faiblesse d'érection ; éjaculation trop prompte et sans énergie ; pollution fréquente ; faiblesse excessive après le coït ; parties génitales froides, petites, rétractées ; testicules pendants ; évacuation de liqueur prostatique pendant les selles. Le *selenium* présente en outre *prurit* et *chatouillement* aux parties génitales ; idées lascives.

Sulfur se distingue par des sueurs fétides aux parties génitales ; par la couleur bleuâtre de la verge. Je dois une guérison radicale à ce médicament à la 12e et à la 30e dilution. *Natrum muraticum*, *odeur forte et fétide des parties génitales; pollution après le coït; lascivité*. Les *pollütions immoderées, le gonflement des testicules* et les excès vénériens antérieurs feront choisir *conium*. *Agnus castus* et *berberis* ne présentent rien de particulier. *Lycopodium* présente une alternative d'érection et d'impuissance, C'est presque toujours à la 12e et à la 30e dilution que ces médicaments ont été employés.

LIVRE V

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA MATRICE

Nous décrirons, dans ce livre, la *métrite*, le *catarrhe* de la matrice, la *congestion utérine*, les *corps fibreux*, les *polypes*, le *cancer*, la *metrorrhagie*, la *pelvi-péritonite*, l'*hématocèle péri-utérine*, l'*aménorrhée*, la *dysménorrhée*, l'*hystéralgie*, les *déplacements* utérins et les *vices de conformation*.

Pour comprendre la pathologie de l'utérus, il faut savoir que presque toujours ses affections sont des localisations de *diathèses*, de *maladies constitutionnelles* ou de *cachexies*.

La *métrite à marche chronique* en particulier ne se développe que chez les scrofuleuses, les dartreuses, les hémorrhoïdaires, les goutteuses ou les chlorotiques, et chacune de ces maladies imprime à la métrite un caractère et une marche déterminés.

C'est seulement en se plaçant à ce point de vue que l'on comprendra l'étiologie des maladies de l'utérus. Les accouchements, les avortements surtout, sont des causes occasionnelles fréquentes du développement de ces maladies ; combien de femmes, cependant, ont des accouchements et des avortements nombreux sans jamais souffrir de l'utérus. Mais qu'une fluxion hémorrhoïdaire ou goutteuse vienne à succéder à la fluxion et à l'inflammation, suite directe de l'accouchement, et l'organe reste malade pendant des années.

Les *déviations* utérines dont on a si malheureusement voulu faire des maladies, il y a quelques années, sont *physiologiques* et *normales*. Jamais elles ne produisent de souffrances tant que l'utérus est sain. Mais qu'une des affections chroniques de l'utérus vienne à se développer, le déplacement augmente et devient à son tour la cause de la longueur de ces maladies et un des obstacles qui s'opposent le plus à la guérison.

Quant à la *fréquence actuelle* des affections de l'utérus, nous l'attribuons sans hésitation aux pratiques de l'*onanisme conju-*

gal d'une part; et de l'autre à l'absence de l'*allaitement*. L'allaitement est une fonction nécessaire après l'accouchement; il excite dans l'utérus des contractions fort analogues à celles produites par le *seigle ergoté*. Ces contractions ont pour résultat de détruire la congestion dont l'utérus est le siége après l'accouchement.

Si l'allaitement est supprimé, l'utérus a beaucoup de chance pour rester engorgé fort longtemps; et si l'influence de la scrofule, ou des hémorrhoïdes, ou de toute autre maladie vient s'ajouter à la congestion qui suit les couches, l'utérus reste atteint de maladies chroniques. L'immunité presque complète des paysannes vis-à-vis des affections chroniques de l'utérus, malgré toute absence de soins après l'accouchement, n'a pas d'autres causes que l'allaitement.

Des moyens d'exploration de l'utérus. — Ce sont la *palpation*, le *toucher vaginal* et le *toucher rectal*, le *spéculum*, la *sonde utérine*.

La *palpation* ne peut atteindre l'utérus que lorsque cet organe est augmenté de volume. Elle fait connaître sa place, sa consistance, sa mobilité, son degré de sensibilité; combinée avec le toucher, la palpation fait connaître assez exactement le volume de l'utérus.

Le *toucher vaginal* est certainement le mode d'exploration qui fournit les renseignements les plus utiles et les plus nombreux pour le diagnostic des affections utérines. Pour le pratiquer on fait coucher la femme sur le dos, le siége légèrement relevé, les jambes fléchies, les cuisses dans l'abduction. Le bord radial du doigt indicateur est porté sur le périnée et de là ramené en avant jusqu'à ce qu'il rencontre l'ouverture du vagin, dans lequel il pénètre facilement. Pour juger de l'abaissement et des autres déplacements de l'utérus, il est quelquefois utile de toucher la femme debout.

Chez la femme qui n'a pas eu d'enfant, le col est dur, conique, insensible. La muqueuse adhère intimement au tissu sous-jacent. Le doigt reconnaît facilement la fossette qui marque l'orifice externe du col utérin. Cet orifice est arrondi, lisse et

égal sur ses bords. Chez la femme qui est accouchée, le col est gros, plus mou, plus ou moins entr'ouvert; la fente est transversale, elle présente des lèvres inégales, déchirées, et des duretés cicatricielles.

Le toucher fait reconnaître la longueur, la consistance, la direction du col; il permet même de diagnostiquer les *inversions* et les *inflexions* de l'utérus.

A moins d'une maladie bien grave, et d'un diagnostic impossible par toute autre voie, on doit s'abstenir du toucher et à plus forte raison du spéculum chez les vierges; et si on est obligé de le pratiquer, il faut prendre tous les soins nécessaires pour ne pas déchirer l'*hymen*.

Le *toucher rectal* peut, jusqu'à un certain point, remplacer le toucher vaginal; il permet de sentir le col à travers la paroi du rectum. Cette exploration est utile pour juger des déplacements de l'utérus et de la présence de tumeurs dans la paroi postérieure de l'utérus ou d'engorgement dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Examen au spéculum. — La femme étant dans la même position que pour le toucher, le spéculum, muni de son embout, est introduit dans le vagin; les petites lèvres étant préalablement écartées avec les doigts de la main gauche. Chez les femmes dont la vulve est étroite et douloureuse, l'instrument doit être introduit très-doucement. Je me sers, le plus souvent, d'un spéculum d'une seule pièce, dont l'extrémité antérieure est coupée un peu obliquement, de manière à se prêter plus facilement à la différence de longueur de la face antérieure et de la face postérieure du col utérin; c'est le spéculum de *Fergusson*. Chez les femmes dont le vagin est étroit et douloureux il y a avantage à se servir du spéculum à trois valves qui s'introduit fermé et s'ouvre graduellement.

L'inspection au spéculum fait reconnaître la *couleur* du col et des parois vaginales; la présence ou l'absence d'ulcérations, de végétations, de polypes; et il permet de reconnaître la couleur et les autres qualités physiques des liquides qui s'écoulent de l'utérus, avant leur mélange à ceux que sécrète le vagin. C'est donc un moyen de diagnostic très-important. Ajoutons

que c'est un moyen de traitement fort souvent nécessaire, puisqu'il facilite tous les *pansements* et toutes les *opérations* qui doivent se pratiquer sur l'utérus et le vagin.

Nous proscrivons presque entièrement l'usage de la *sonde utérine* dans le diagnostic des maladies de l'utérus. Nous dirons plus loin que c'est un instrument dangereux qui a causé un grand nombre d'accidents. Employée avec une extrême prudence et par un médecin exercé, la sonde utérine permetd'ap-précier la longueur du col et la profondeur de la cavité utérine; elle fait constater les rétrécissements et les oblitérations de la cavité du col utérin, et c'est là sa plus grande utilité. Enfin, elle peut servir à accrocher le col et à ramener l'orifice utérin au centre de l'instrument dans l'examen au spéculum.

CHAPITRE PREMIER

MÉTRITE

La métrite n'est probablement jamais une maladie essentielle. Cependant ses relations avec les autres maladies : goutte, hémorrhoïdes, dartres, scrofule, ne sont pas encore suffisamment déterminés pour que nous puissions décrire les caractères propres à chacune des inflammations symptomatiques de l'utérus. La métrite puerpérale seule a une histoire assez avancée pour que nous faisions une description particulière de cette affection ; en dehors donc de la métrite puerpérale, l'inflammation de l'utérus revêt trois formes dictinctes : forme bénigne, forme commune, forme hémorrhagique.

I. Forme bénigne. — C'est celle qui a reçu des auteurs le nom de métrite aiguë simple, c'est une maladie qui a une durée relativement courte et qui se termine habituellement par la guérison. Elle débute, le plus souvent, pendant les règles qui sont brusquement interrompues, ou immédiatement après; elle est caractérisée par une douleur sourde avec sentiment de pesanteur occupant l'hypogastre. Cette douleur qui occupe toute

la région est quelquefois prédominante à droite ou à gauche, elle est sujette à des exacerbations qui la rendent très-aiguë pendant quelques heures, elle augmente considérablement par la pression et par le mouvement et n'a aucune ressemblance avec les coliques utérines.

Cet état s'accompagne souvent d'un mouvement fébrile très-modéré, d'inappétence et même de nausée, quelquefois de ténesme urinaire et de constipation ; il n'y a habituellement aucun écoulement les premiers jours, mais bientôt apparaît une leucorrhée très-liquide et roussâtre.

Le mouvement fébrile diminue puis disparaît, la douleur diminue et, dans les cas heureux, la maladie guérit complétement à l'apparition de la période menstruelle qui alors est plus abondante qu'à l'ordinaire ; mais le plus souvent cette période est l'occasion d'une aggravation et la maladie peut ainsi se prolonger pendant plusieurs mois.

Signes physiques. — La *palpation* permet le plus souvent de constater une augmentation de volume de l'utérus ; cet organe est perçu dans l'hypogastre sous forme de tumeur dure, lisse, égale et arrondie. La *percussion* limite une matité proportionnelle au développement de l'utérus. Le toucher permet de constater une grande élévation de la température du col. Cet organe est tuméfié et souvent un peu abaissé. Cet examen est douloureux et ne doit pas être prodigué. La muqueuse est rouge et souvent excoriée.

II. Forme commune. — Elle est caractérisée par une durée très-longue ; par une marche habituellement chronique ; par un *engorgement* plus ou moins considérable de l'utérus.

Cette forme de métrite est avec le catarrhe utérin l'affection de matrice que l'on rencontre le plus souvent. Il faut se rappeler ce que nous avons dit aux généralités, à savoir : que les diathèses et les maladies constitutionnelles se localisent souvent sur l'utérus, tantôt sous forme de métrite, tantôt sous forme de catarrhe, et que ces maladies impriment aux affections utérines une marche et des symptômes particuliers. Si

les *gynécologistes* (c'est ainsi que se dénomment les médecins qui s'occupent spécialement des affections utérines) n'étaient pas aveuglés par un organicisme étroit, il y a longtemps qu'ils auraient tracé la nosographie des affections utérines ; mais leurs travaux sont nuls sur ce point, et nous engageons les médecins à étudier eux-mêmes ces affections et à ne plus abandonner à une spécialité illégitime l'étude et le traitement de cette partie de la pathologie.

La métrite de forme commune peut se localiser exclusivement sur le col, d'où une variété dont on a beaucoup exagéré l'importance, *métrite du col*, et qui ne diffère guère de la métrite du corps que par les signes physiques.

La métrite de forme commune commence sourdement, ou bien elle éclate plus brusquement à la suite d'une des causes occasionnelles de la maladie : accouchement, excès de coït, en même temps refroidissement. Elle marche lentement et présente de temps à autre des exacerbations, pendant lesquelles tous les symptômes prennent une plus grande intensité ; enfin, elle finit toujours par amener la *cachexie utérine.*

Pendant sa période d'état, la métrite présente deux symptômes principaux : la douleur et l'augmentation du volume de l'utérus. La douleur siége habituellement dans l'hypogastre et dans les reins, et elle s'irradie dans les aines et dans le haut des cuisses. Souvent cette douleur retentit dans l'un des ovaires et spécialement dans l'ovaire gauche ; et là elle acquiert une intensité plus considérable qu'à l'hypogastre. Bennet fait de cette douleur ovarienne le signe de l'inflammation du col de l'utérus.

La douleur augmente par la pression et par tous les mouvements ; et, pendant les périodes d'exacerbation, elle se calme à peine par le décubitus et contraint les malades à rester constamment étendues.

L'augmentation du volume de l'utérus peut être facilement constatée par le toucher et la palpation ; cette augmentation peut être assez considérable pour qu'on puisse atteindre le fond de l'utérus dans l'hypogastre. Les versions et les flexions naturelles de l'utérus se trouvent exagérées par cette augmentation

de volume qui est toujours liée à un poids plus considérable. On trouve donc habituellement l'utérus dans la *rétro* ou dans l'*antéversion*, en même temps qu'il est un peu abaissé.

Le col est habituellement dur et peu douloureux au toucher; l'élévation de température n'existe que pendant les périodes d'aggravation.

La membrane muqueuse peut être pâle ; d'autres fois elle est d'un rouge violacé, souvent elle présente des *exulcérations*. Les *ulcérations* du col de l'utérus dont on a fait tant de bruit et auxquelles on a prodigué le traitement par les cautérisations, sont habituellement liées à la métrite ; elles augmentent pendant les périodes d'exacerbation ; elles diminuent et même disparaissent complètement, comme je m'en suis assuré bien des fois, pendant les rémissions ; enfin, elles exigent rarement un traitement local.

Les ulcérations siégent habituellement au pourtour de l'ouverture du col, principalement sur la lèvre inférieure ; elles sont extrêmement rouges, d'autres fois violacées, souvent granuleuses. Ce sont là ces fameuses *granulations* du col utérin, qui ont fait condamner tant de femmes à des cautérisations bihebdomadaires, cautérisations dont on peut le plus souvent se passer.

A ces deux symptômes principaux de la métrite il faut ajouter une leucorrhée variable, due soit aux ulcérations, soit à un catarrhe concomitant de la muqueuse utérine. Nous reviendrons sur ce signe dans le chapitre suivant.

La métrite s'accompagne en outre du ténesme vésical et rectal, d'un état nauséeux, analogue à celui des femmes enceintes, de constipation et quelquefois de diarrhée. Les règles sont habituellement retardées et diminuent de quantité ; elles s'accompagnent de coliques et sont une occasion fréquente de l'exacerbation des symptômes. Il ne faut pas oublier qu'on observe de véritables métrorrhagies dans le cours de la métrite, principalement quand cette affection se complique de pelvi-péritonite.

La maladie marche ainsi constituée pendant des années, avec ses périodes d'exacerbation et de rémission ; les unes régulières venant à propos des règles ; les autres irrégulières et

développées par une fatigue, un refroidissement, un changement de saison et le plus souvent en dehors de toute cause saisissable. Puis la période de *cachexie* s'établit, elle s'annonce par de l'*anémie* qui ici revêt tous ses signes habituels. Il faut y ajouter des névralgies diurnes, des gastralgies et un état nerveux plus ou moins prononcé. A ce moment, la femme est pâle, très-amaigrie, essoufflée, en proie à des douleurs continuelles, condamnée à un repos plus ou moins absolu.

Cependant la vie se traîne ainsi pendant des années, et, si la malade ne succombe pas à une affection intercurrente, elle arrive à l'âge critique, époque à laquelle se produit un mieux relatif.

III. Forme hémorrhagique. — Elle est caractérisée anatomiquement par un état fongueux, habituellement limité au col; pouvant envahir tout l'utérus, mais limité habituellement au segment inférieur et à la face postérieure, elle s'accompagne d'un écoulement sanguin très-facile, et de règles beaucoup trop fortes qui prennent souvent la forme d'hémorrhagie.

C'est dans cette variété que nous faisons rentrer les *ulcérations fongueuses* du col. C'est aussi à la *métrite hémorrhagique* que nous rattachons les fongosités saignantes de la muqueuse utérine, fongosités pour lesquelles Récamier avait institué le pernicieux traitement de l'*abrasion*. Cette lésion est encore niée par beaucoup d'auteurs, cependant elle est démontrée par des autopsies. Richet en rapporte sept exemples; Nelaton, Robert et Ferrier l'ont aussi rencontrée sur les cadavres, elle consiste dans des granulations atteignant quelquefois la grosseur d'un grain de chénevis, faisant saillie sur la muqueuse. Quelques-unes plus volumineuses sont pédiculées et ressemblent pour la forme, le volume et la couleur à des grains de groseille. Ces granulations sont constituées par les éléments propres de la muqueuse utérine et de plus par du tissu fibro-plastique.

Signes. — La *douleur* est quelquefois nulle, d'autres fois c'est un sentiment de pesanteur douloureuse. Pendant les règles elle prend le caractère de douleurs expulsives.

Les règles avancent, sont très-fortes et revêtent souvent les caractères de véritables pertes. Indépendamment de l'hémorrhagie mensuelle, ces malades perdent du sang à propos de la moindre fatigue, l'examen au speculum et le coït déterminent un écoulement sanguin plus ou moins abondant.

Le *toucher* donne la sensation d'une sorte de crépitation, le col est très-mou.

Au speculum on aperçoit un col tuméfié, boursouflé, avec des ulcérations saignantes et des granulations plus ou moins volumineuses.

L'augmentation de volume de l'utérus est plus grand que dans les autres formes de la métrite.

La *leucorrhée* est abondante, souvent sanguinolente et amène rapidement l'anémie et l'état cachectique; sa marche est plus rapide et elle présente des rémissions moins longues et moins complètes que la métrite ordinaire.

Etiologie et influence des autres maladies sur la production de la métrite. — Nous rappelons d'abord ce que nous avons dit, dans nos considérations générales, sur l'influence des déviations de l'utérus et sur l'absence de l'allaitement, comme cause de développement des affections utérines.

Quant aux caractères imprimés à ces affections par les maladies dont elles ne sont qu'un symptôme, nos études sont encore fort incomplètes. Cependant nous pouvons déjà poser quelques jalons.

C'est surtout chez les femmes à la fois scrofuleuses et hémorrhoïdaires que l'on observe le plus d'affections utérines. L'engorgement persistant du col de l'utérus, les écoulements muco-purulents et les ulcérations profondes appartiennent surtout à la *scrofule;* les variétés hémorrhagiques se rattachent à la maladie *hémorrhoïdaire*. La *dartre* donne des affections utérines caractérisées par un prurit excessif, et par l'écoulement d'un liquide séreux transparent; souvent par une éruption herpétiforme sur le col utérin. La *chlorose* détermine principalement une affection catarrhale de la muqueuse utérine.

IV. FORME GRAVE. — Elle succède à une opération pratiquée sur l'utérus ou à un accouchement; elle s'accompagne d'un état général excessivement grave, marche très-rapidement, et se termine souvent par la mort. C'est habituellement une affection de la diathèse purulente; le mouvement fébrile est intense; vomissements et frissons au début; chaleur sèche et brûlante; grande prostration; douleur quelquefois violente au début, bientôt nulle. Après l'accouchement, les lochies acquièrent une fétidité excessive. Quand la maladie fait des progrès, la prostration augmente, il s'y joint du délire et du coma, des tendances à la lipothymie, des sueurs froides, et les malades succombent à la fin du premier septénaire.

Traitement.—*Traitement de la forme bénigne.*—*Aconitum*, *belladona*, *chamomilla* et *pulsatilla*. *Aconitum* tout à fait au début s'il y a un mouvement fébrile bien marqué. *Belladona* convient ensuite, ou de prime abord s'il n'y a pas beaucoup de fièvre; ce médicament est indiqué par une douleur intense dans l'hypogastre, avec le sentiment de quelque chose de gros qui tend à tomber par la vulve; douleur de reins extrême; j'ai souvent réussi avec ce médicament tout seul. *Chamomilla* convient davantage si les douleurs sont plus vives, et sous forme de coliques. *Pulsatilla* correspond tout à fait aux coliques utérines. J'emploie tous ces médicaments à la 3e dilution et à la 3e trituration.

Les bains tièdes, les cataplasmes, les lavements émollients, favorisent l'action des médicaments.

Traitement de la forme commune. — Les gynécologistes sérieux regardent cette forme comme à peu près incurable, si ce n'est par le progrès de l'âge ou par une grossesse bien difficile à obtenir dans de semblables circonstances. « Lorsque l'affection est invétérée, et que l'organisation des matières épanchées dans le parenchyme est déjà très-avancée, il faut renoncer à l'espoir d'obtenir une guérison complète. » (Scanzoni, *Traité pratique des maladies de la femme*, p. 143.) Nous avons cru utile de rapporter ce passage d'un médecin aussi autorisé dans la matière pour empêcher le médecin homœopathe de se découra-

ger devant le succès si lent et quelquefois si incomplet que lui donnera l'emploi des médicaments ; et aussi pour le soustraire à la tentation d'employer les moyens de traitement souvent dangereux, toujours inutiles, mis en pratique par de prétendus spécialistes.

Les médicaments principaux réclamés par cette forme de la métrite sont : *causticum, nux vomica, aurum, iodium, plumbum, sepia,* et *arsenicum.*

Causticum est surtout indiqué quand les douleurs sont vives et pendant les périodes d'exacerbation ; il faut l'alterner avec *belladona.* Je me suis bien trouvé d'administrer ce médicament quelques grammes de la 3e dilution dans un bain tiède.

Nux vomica dans les mêmes circonstances que *causticum*, mais chez les hémorrhoïdaires.

Aurum a guéri un certain nombre de métrites chroniques avec induration du col et descente de la matrice. Je le prescris de la 3e à la 30e dilution.

Iodium est indiqué par un engorgement considérable et par une leucorrhée abondante ; il convient aux scrofuleuses.

Sepia est indiqué par une douleur pressive avec chaleur ; par une leucorrhée très-liquide, quelquefois claire comme de l'eau, quelquefois opaque et louche comme du pus ; par des règles trop fortes ou trop faibles, toujours en avance.

Plumbum m'a donné quelques succès, mais je ne puis préciser ses indications.

Arsenicum convient surtout quand il y a de grandes démangeaisons, des ulcérations du col et un écoulement séreux. Ce médicament est indiqué chez les dartreuses.

Cantharis, lachesis et peut-être *apis* sont indiqués quand l'affection s'accompagne de douleurs vives, de fièvre, de métrorrhagie et surtout quand elle se complique de pelvi-péritonite.

Secale cornutum m'a rendu de vrais services dans le traitement de la métrite chronique. J'ai employé la teinture mère depuis cinq jusqu'à vingt gouttes dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les quatre heures.

Caulophyllum expérimenté par le Dr Burt, agit principalement sur l'utérus.

Il est aussi homœopathique à la dysménorrhée, aux crampes utérines, aux douleurs fausses du travail, aux pertes après avortement, qu'à la métrite à proprement parler. Les peuplades du nord de l'Amérique l'emploient pour faciliter l'accouchement, à la dose de 1 à 2 grammes de poudre du rhizome. Du reste son nom « *racine de squaw* » (femme) rappelle sa sphère d'action.

J'ai trouvé utile de joindre au traitement interne l'usage du même médicament appliqué sur le col utérin. Pour l'iode j'emploie la teinture ordinaire, ou un mélange, parties égales, d'iode, d'iodure de potassium et de glycérine. Ce dernier mélange est très-caustique. Pour *aurum*, *sepia* et *arsenicum*, j'ai fait confectionner de petits crayons avec la substance pour *sepia* avec la 3e trituration pour *aurum*. Ces médicaments sont mélangés au 1000e, et même au 10000e pour l'arsenic, avec la gomme adragante et la glycérine. Ces petits crayons, gros comme une plume d'oie, longs de 3 centimètres, sont introduits dans le col utérin; un tampon de ouate les maintient en place pendant vingt-quatre heures.

J'ai trouvé plus efficace, dans les derniers temps, de faire préparer ces substances, et aussi l'*acétate de plomb* et le *muriate d'or*, sous forme liquide, soit avec de l'eau, soit avec de la glycérine; le muriate d'or et l'acétate de plomb sont préparés au 100e. On verse une cuillerée à café de l'un de ces liquides dans un cataplasme vaginal au moment de l'introduire. Ce cataplasme doit être fait avec de la graine et non de la farine de lin, et renfermé dans une poche de mousseline. La femme l'introduit elle-même, ce qui est un grand avantage, et le garde toute la nuit.

Dans les cas où le col présente des ulcérations persistantes, la teinture d'iode en vient habituellement à bout; quelquefois je l'ai remplacée avantageusement par un mélange au 1000e d'arsenic et d'amidon. Cette poudre doit être maintenue sur le col à l'aide d'un tampon de ouate. Dans certains cas difficiles à préciser, une solution concentrée de nitrate d'argent est préférable. Quant au *fer rouge*, dans une pratique de plus de vingt-cinq ans, je n'ai jamais été obligé d'y avoir recours.

Les bains de siége frais de 24 à 26 degrés centigrades, prolongés pendant dix et vingt minutes, rendent quelquefois d'incontestables services. Pour certaines femmes, il faut élever la température à 26 et 28 degrés; mais, pendant les périodes d'aggravation, les bains chauds soulagent beaucoup plus les malades. Le bain de siége se prend le matin ; le soir je fais étendre sur le bas-ventre une serviette pliée en quatre et mouillée dans de l'eau à la température de la chambre. Une feuille de ouate et une serviette sèche sont placées sur la serviette mouillée. La femme garde cet appareil au moins une demi-heure, souvent elle s'endort avec.

J'ai obtenu mes plus beaux succès avec cette méthode et depuis j'ai considérablement restreint le traitement local. Ce moyen ne m'a pas donné d'aussi bons résultats dans le catarrhe utérin.

Les *injections froides* en temps ordinaire, les injections chaudes pendant les douleurs, constituent encore un adjuvant utile.

Les eaux minérales jouent un rôle important dans le traitement de la métrite chronique. *Ems* et *Ussat* dans les premières périodes, quand l'affection est très-douloureuse, et qu'elle s'accompagne de phénomènes nerveux; *Saint-Gervais* m'a procuré des guérisons dans des cas plus avancés; enfin, *Kissingen*, *Salins*, *Kreusnach* et *le Croisic* dans les cas invétérés.

Traitement de la forme hémorrhagique. — Elle demande l'emploi de *phosphorus*, *ledum palustre*, *thlaspi* et *secale cornutum*. Nous renvoyons pour les indications particulières de ces médicaments au traitement de la *métrorrhagie*.

L'usage de l'arsenic (2e trit.) 5 à 10 centigrammes par jour donné pendant tout le temps qui sépare les époques est d'une grande efficacité dans le traitement de la forme hémorrhagique.

Comme *traitement local*, il faut ajouter les applications de *perchlorure de fer* et de *tannin*.

Traitement de la forme grave.—*Aconitum* au début, puis rapidement *secale cornutum* et *arsenicum*. Des *injections* avec parties

égales d'eau et d'*alcool* rendent quelquefois de grands services. Si ces injections sont douloureuses, il faut diminuer la quantité d'alcool.

CHAPITRE II

CATARRHE UTÉRIN

Il est caractérisé par l'inflammation de la muqueuse utérine souvent cette inflammation se limite au col de l'organe.

Le catarrhe utérin présente deux formes : une *bénigne*, l'autre *commune*. Cette affection est fréquente chez les *chlorotiques*, les *scrofuleuses* et les *dartreuses*. Elle est souvent une suite de la blennorrhagie ; elle accompagne les autres affections de l'utérus: *métrite*, *corps fibreux*, *polype*, *cancer*, etc. Les excès de coït la déterminent quelquefois.

I. FORME BÉNIGNE.— Elle reconnaît toujours une cause occasionnelle : refroidissement général et surtout local ; elle s'accompagne de douleur et de pesanteur dans l'hypogastre, d'un sentiment de chaleur dans toute la région sexuelle, et d'un écoulement d'abord séreux, séro-sanguinolent, puis de muco-pus; elle se termine en deux ou trois semaines.

II. FORME COMMUNE. — Elle constitue une affection beaucoup plus grave. Quand elle n'est pas une complication de la *métrite*, elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de déplacement de l'utérus ; elle présente un symptôme unique : une leucorrhée toute spéciale, et de temps à autre des aggravations pendant lesquelles la malade éprouve un peu de douleur.

Voici les caractères du mucus utérin : c'est un liquide alcalin très-visqueux, formant une sorte de bourbillon fortement adhérent aux parois du col. Le mucus fourni par la cavité même du col est transparent, gris-perle, et plus ou moins semblable à du blanc d'œuf pas cuit ; le liquide fourni par la cavité utérine est souvent puriforme.

Le catarrhe chronique s'accompagne toujours de la dilatation du col et de la dilatation de la cavité utérine. On rencontre fréquemment, mais non toujours, des *ulcérations* variées sur le col de l'utérus.

La marche de cette maladie est comparable à celle de la métrite ; elle présente alternativement des rémissions et des aggravations; elle est moins douloureuse ; n'oblige pas les malades au repos absolu ; cependant elle finit par amener la *cachexie utérine.*

Traitement. — Il faut ajouter à ce que nous avons dit au chapitre précédent, l'usage de *sepia*, *lycopodium*, *pulsatilla*, *ferrum*, *kreosotum* et *mezereum.*

Sepia est un très-bon médicament, il est indiqué par une leucorrhée liquide, abondante, quelquefois purulente et sanguinolente, cet écoulement est souvent corrosif et pruritant, il s'accompagne de gonflement du ventre. Je me suis souvent servi des premières triturations administrées pendant tout l'intervalle des règles.

Lycopodium quand l'écoulement est précédé de douleurs dans l'hypogastre, écoulement jaunâtre plus épais que celui de sepia, mais également irritant pour les parties externes de la génération.

Pulsatilla est principalement indiqué chez les femmes chlorotiques dont les règles sont faibles, en retard et composées d'un sang pâle ; l'écoulement leucorrhéique est épais, blanc, puriforme et ne devient guère irritant qu'à l'époque des règles.

Ferrum. Sous la forme de protoxalate ou d'acétate, le fer est le remède principal de la chlorose, il répond aussi au catarrhe utérin symptomatique de cette maladie. L'écoulement leucorrhéique qui indique le fer ressemble beaucoup à celui de pulsatilla.

Kreosotum convient chez les femmes dont les règles sont très-fortes ; l'écoulement des flueurs blanches qui sont quelquefois irritantes est suivi d'une grande fatigue.

Mezereum. La matière médicale contient peu de renseignements sur ce médicament, mais celui qu'elle nous donne est

caractéristique : écoulement leucorrhéique de mucosités semblables à du blanc d'œuf pas cuit. Mezereum est donc le médicament du catarrhe utérin chronique.

CHAPITRE III

CONGESTION UTÉRINE

La congestion utérine est *une lésion* très-fréquente, mais elle n'existe ni à titre de *maladie*, ni à titre *d'affection*, c'est pourquoi nous ne faisons que la mentionner. La congestion est un phénomène qui précède nécessairement l'écoulement des règles et les hémorrhagies utérines ; c'est encore la lésion obligée des corps fibreux, des polypes et du cancer de l'utérus. Elle n'exige point de description particulière, et celles que l'on trouve dans certains auteurs sont copiées sur l'histoire de la métrite.

CHAPITRE IV

CORPS FIBREUX

Les corps fibreux sont des tumeurs composées de tissus *homologues* et enkystées dans le parenchyme utérin. On les a divisés en *sous-muqueux*, *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, suivant la situation qu'ils occupent. On les rencontre principalement dans la portion supérieure de l'utérus. Les corps fibreux varient depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'à celle d'une tête d'adulte ; ils sont quelquefois multiples.

Les symptômes qui accompagnent ordinairement les corps fibreux sont les hémorrhagies, les douleurs, et des phénomènes mécaniques de compression.

Les hémorrhagies arrivent habituellement pendant les règles, dont l'époque est avancée et la durée prolongée. La quantité de sang perdu est parfois très-grande, et c'est là l'accident vérita-

blement redoutable des corps fibreux. Indépendamment de ces grandes hémorrhagies, il existe souvent une sorte de suintement habituel. Les douleurs sont déterminées par une métrite ou un catarrhe concomitant et par le déplacement de l'utérus, déplacement produit par le poids et le volume des tumeurs.

Les phénomènes de compression se traduisent par la gêne de la défécation et de la miction, et même par un certain degré de dyspnée quand les corps fibreux sont très-volumineux. Le toucher et la palpation permettent de reconnaître le nombre, le volume et la situation des corps fibreux.

Les corps fibreux ont une marche très-chronique, et il est bien rare qu'ils finissent par disparaître. On a cependant observé cette terminaison après une grossesse. Dans des cas très-rares, ils suppurent en partie ; mais, le plus souvent, après avoir fait souffrir la femme pendant toute la période de la vie menstruelle, après l'avoir épuisée par des hémorrhagies abondantes et continues, ils finissent par s'atrophier un peu, deviennent des corps inertes auxquels l'organisme s'habitue et qui ne gênent plus que par leur poids; quelquefois ils se sont *ossifiés* en tout ou en partie.

Les corps fibreux de l'utérus peuvent entraîner la mort par hémorrhagie; les pertes de sang se rapprochent, deviennent continuelles, avec des aggravations qui conservent souvent une certaine régularité; l'anémie devient extrême, l'œdème et l'anasarque s'établissent, la cachexie est complète, et les malades périssent habituellement dans une syncope.

Traitement. — Il y a ici une indication qui prime toutes les autres: il faut lutter contre les hémorrhagies jusqu'à ce que le retour d'âge, toujours fort tardif dans ces circonstances, vienne amener une guérison naturelle. Nous renvoyons donc au chapitre de la métrorrhagie pour ce qui concerne le traitement des corps fibreux.

Quant à lutter à l'aide de médicament contre le corps fibreux lui-même, nous croyons que c'est entreprendre une œuvre impossible. Les médicaments dilués, les fortes doses d'iode, les eaux énergiques de Salins et de Kreusnach échouent habituel-

lement ; cependant je viens de constater la disparition complète d'un corps fibreux qui avait eu la grosseur d'une tête de fœtus à terme, la malade avait été traitée principalement par *platina* 30, administré contre les métrorrhagies symptomatiques de sa maladie.

Les Américains ont tenté d'enlever les corps fibreux sous-muqueux et interstitiels par une opération. Nous rejetons complètement ce mode de traitement, par la raison qu'il expose la femme à de grands dangers, et qu'avec les moyens que l'homœopathie nous fournit pour combattre les hémorrhagies, nous n'avons jamais eu à déplorer la mort d'aucun malade par le fait d'un corps fibreux.

CHAPITRE V

POLYPES DE L'UTÉRUS

Ils sont de deux espèces, les *polypes fibreux* et les *polypes muqueux*.

Polypes fibreux. — Ce sont des corps fibreux sous-muqueux pédiculés ; ils atteignent quelquefois un volume considérable ; déterminent la dilatation de l'utérus et celle du col comme dans la grossesse, et finissent par sortir de l'utérus et pénétrer plus ou moins loin dans le vagin.

Les polypes fibreux s'accompagnent de douleurs expulsives, de leucorrhée, et surtout d'hémorrhagies graves. Les hémorrhagies surviennent d'abord à l'époque des règles, puis elles deviennent continues ; elles sont presque toujours précédées de l'écoulement d'une grande quantité d'eau. Le diagnostic se fait par le toucher et la palpation ; il est quelquefois utile de dilater le col utérin avec l'éponge préparée pour arriver à constater la présence de polype dans l'utérus.

Polypes muqueux. — Ce sont des tumeurs pédiculées, constituées par l'hypertrophie des éléments de la muqueuse utérine. Ils sont souvent multiples, et atteignent rarement la grosseur d'un œuf de pigeon. Ils *peuvent tomber spontanément.*

Les polypes muqueux s'accompagnent de leucorrhée, de douleurs et d'hémorrhagies. Les douleurs sont moins intenses et moins constantes que pour les polypes fibreux. Indépendamment des grandes hémorrhagies, on observe souvent un suintement sanguin presque continu et qui se manifeste surtout après la marche et après le coït.

Traitement. — Le traitement des hémorrhagies est encore ici le traitement principal; cependant on doit tenter de faire tomber le polype avec *thuya*, *nitri acidum*, *staphisagria*, *calcarea carbonica*, *leucrium mare*. Si les polypes résistent à ce traitement, et que les hémorrhagies soient intenses, on devra opérer le polype. L'arrachement, la torsion, l'excision, la ligature, sont les moyens habituellement employés.

CHAPITRE VI

CANCER DE L'UTÉRUS

La localisation du cancer sur l'utérus est malheureusement une des plus fréquentes ; c'est presque constamment le col de l'organe qui est primitivement atteint.

Toutes les formes du cancer peuvent se rencontrer ici ; mais il n'entre pas dans notre plan de décrire minutieusement une affection dont nous avons déjà fait l'histoire à propos des diathèses; il nous suffira de donner les symptômes communs à tous les cancers de l'utérus et d'en préciser le diagnostic.

Le cancer de l'utérus éclate habituellement de 30 à 50 ans, mais il peut exister avant et après cet âge; les peines morales ont une influence considérable sur sa production.

C'est habituellement une hémorrhagie utérine qui est le premier symptôme appréciable de cette maladie; et il faut se défier grandement de l'apparition d'un écoulement sanguin, d'un retour de jeunesse chez les femmes qui ont cessé d'être réglées. La gêne causée par la tumeur, les douleurs souvent atroces, quelquefois nulles; un écoulement séreux, séro-san-

guinolent, séro-purulent, fétide, excoriant les parties complètent l'ensemble des symptômes de cancer de l'utérus.

Le toucher et le spéculum feront connaître l'*immobilité* de l'utérus, l'hypertrophie, le ramollissement, l'ulcération, puis la destruction du col.

Le cancer de l'utérus marche plus ou moins vite suivant les *formes* de la maladie ; en général il est plus rapide chez les jeunes que chez les vieilles femmes.

Les hémorrhagies amènent de bonne heure de l'anémie et précipitent la période cachectique. L'extension de la maladie à la vessie et au rectum devient l'occasion de complications fort pénibles : la communication entre la vessie, le rectum et le vagin. La mort peut arriver par péritonite, par hémorrhagies ou par les progrès de la cachexie.

Traitement. — Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos de la diathèse cancéreuse. Une indication particulière ici est de combattre les hémorrhagies utérines. Parmi les médicaments signalés à l'article *Métrorrhagie* nous rappelons tout particulièrement *sabina* et *thaspi* (teinture mère) qui nous a rendu de grands services. Quand les douleurs sont intenses et qu'elles ne cèdent ni à *belladona*, ni à *chamomilla*, ni à *kreosotum*, il ne faut pas hésiter à employer l'*opium* à haute dose ; là où nous ne pouvons pas guérir, nous devons du moins soulager. On a conseillé contre le cancer de l'utérus : *arsenicum*, *kreosotum*, *graphites* et *conium ;* ces médicaments retardent la marche de la maladie.

CHAPITRE VII

MÉTRORRHAGIE

La métrorrhagie est caractérisée par un écoulement sanguin en dehors de l'époque de la menstruation, ou par des règles beaucoup trop fortes : cette dernière variété a pris le nom de *menorrhagie*.

La métrorrhagie est le plus souvent un symptôme; on l'observe à propos de l'avortement et de l'accouchement, dans le cours des tumeurs et des cancers de l'utérus, quelquefois pendant la durée des métrites, mais surtout des pelvi-péritonites. La métrorrhagie est le symptôme principal de la chlorose hémorrhagique; elle survient dans le purpura hæmorrhagica; et comme hémorrhagie symptomatique et critique, dans le cours des fièvres et des phlegmasies. Enfin, la métrorrhagie constitue une maladie essentielle qui s'observe principalement, mais non toujours, à l'approche ou pendant l'*âge critique*. Cette métrorrhagie se rencontre surtout chez des femmes sujettes à des épistaxis. On pourrait donc essayer de la faire rentrer parmi les hémorrhagies symptomatiques de la maladie hémorrhoïdaire ; mais je l'ai observée dans des cas où il m'a été impossible de constater aucun signe de cette dernière maladie.

La métrorrhagie présente plusieurs variétés fort importantes au point de vue séméiotique et à celui du traitement : *métrorrhagie forte*, *moyenne*, *et faible*.

1° **Métrorrhagies fortes.** — Elles s'observent surtout quand l'utérus a été distendu par une grossesse ou par une tumeur. Le sang s'écoule à flots, avec des caillots noirs plus ou moins considérables. A la suite de l'accouchement, cette hémorrhagie peut être mortelle en quelques minutes ; elle est foudroyante.

2° **Métrorrhagies moyennes.**— Elles se rapportent surtout aux pelvi-péritonites, à la métrite, et aux maladies qui ne siégent pas dans l'utérus. On peut les observer encore après l'accouchement et l'avortement et surtout dans le cours des tumeurs utérines ; elles s'accompagnent en plus de caillots et ont habituellement une durée de plusieurs jours.

3° **Métrorrhagies faibles.**—Elles apparaissent souvent dans l'intervalle des grandes hémorrhagies chez les malades affectées de polypes, de corps fibreux ; elles constituent le symptôme habituel des métrites hémorrhagiques et du cancer commençant. Elles consistent plutôt dans un suintement continu que dans une véritable perte ; elles durent un grand nombre de jours.

Les hémorrhagies utérines s'accompagnent ou non de coliques utérines. Les douleurs existent surtout dans le cas où la sortie du sang est rendue difficile par un obstacle au col de l'utérus ou quand il existe des caillots volumineux ; c'est alors un véritable accouchement qui s'opère. La congestion qui précède l'hémorrhagie est aussi une cause de douleur quand l'utérus est malade.

Les hémorrhagies utérines s'accompagnent de symptômes communs à toutes les hémorrhagies.

La métrorrhagie essentielle est habituellement fort abondante ; elle revient périodiquement à l'époque des règles, mais presque toujours avec une avance considérable ; elle peut s'accompagner de douleur ; elle présente des alternatives de mieux et de plus mal, et dure plusieurs années. Quand cette métrorrhagie se manifeste à l'âge de retour, les pertes de sang alternent avec la suppression des règles, et souvent, ne se montrent que tous les trois ou quatre mois.

Traitement. — *Arsenicum*, *sabina*, *secale cornutum*, *crocus*, *chamomilla*, *thlaspi*, *ledum palustre*, *ignatia*, *platina*, *pulsatilla*, *digitalis*, *argentum oxydatum*, *arsenicum*, *ipeca*, *china*, *hamamelis* sont les principaux médicaments.

Arnica convient dans les hémorrhagies abondantes, surtout si elles sont d'*origine traumatique*.

Sabina convient aux hémorrhagies abondantes, accompagnées de coliques utérines. J'ai presque toujours prescrit ce médicament pendant et après l'avortement. J'emploie habituellement la 3e dilution. Deux ou trois fois, j'ai prescrit avec succès 1 ou 2 grammes de la 1re trituration.

Secale cornutum convient dans des cas analogues ; mais surtout quand la femme est débilitée par la perte du sang. Ce médicament est principalement indiqué par l'absence de contraction utérine. C'est le médicament des hémorrhagies abondantes à la suite de l'accouchement et de celles qui accompagnent les polypes et les corps fibreux volumineux ; il faut souvent prescrire des 1res triturations et même à la suite de

l'accouchement, la substance elle-même par prise de 50 centigrammes, toutes les vingt minutes.

Chamomilla, écoulement de sang abondant avec coliques ; au début de l'avortement, ou pendant la ménorrhagie compliquée de dysménorrhée ; petits frissons, bâillements, diarrhée concomitante ; 3e dilution.

Thlaspi bursa-pastoris est prescrit empiriquement dans la métrorrhagie. J'ai obtenu de très-bons effets de ce médicament dans les métrorrhagies abondantes avec coliques de matrice ; dans la chlorose hémorrhagique ; dans la métrorrhagie essentielle ; et à la suite d'avortement ou d'accouchement. J'ai presque toujours prescrit 1 gramme de teinture mère pour 200 grammes d'eau.

Ledum palustre convient surtout aux petites hémorrhagies, au suintement de sang continuel ; il peut néanmoins réussir dans les hémorrhagies abondantes. La douleur n'est pas une condition nécessaire de son emploi. J'ai obtenu de très-beaux succès de ce médicament dans des hémorrhagies symptomatiques d'un corps fibreux. J'emploie ordinairement quelques globules de la 12e dilution.

Ignatia et *nux vomica* conviennent à certaines ménorrhagies chez les hémorrhoïdaires. *Ignatia* est surtout indiqué quand les règles avancent ; et presque constamment, s'il ne diminue pas la perte de sang, ce médicament empêche les règles d'avancer.

Platina m'a rendu des services dans des hémorrhagies symptomatiques du cancer et des corps fibreux ; ses indications ne sont pas encore bien précises. J'ai souvent prescrit la 30e dilution.

Crocus, *pulsatilla*, *digitalis*, revendiquent aussi quelques succès. J'ai employé rarement *ipeca*, il m'a réussi dans des pertes abondantes. *Argentum oxydatum* diminue sensiblement les grandes pertes symptomatiques des corps fibreux ; il faut donner la 1re trituration.

Hamamelis que j'emploie depuis peu de temps m'a rendu de véritables services dans la métrorrhagie. La seule indication que j'en puisse donner aujourd'hui, c'est qu'il s'agissait de

femmes touchant l'âge de retour ; que les hémorrhagies étaient fort abondantes et précédées pendant un jour ou deux de pertes d'une eau rosée très-abondante.

Arsenic est un des meilleurs moyens pour guérir la disposition à la métrorrhagie. Je prescris ce médicament à la 3e trituration, 10 centigrammes en deux fois dans la journée, pendant tout l'intervalle qui sépare les époques.

Lachesis s'emploie surtout pour prévenir l'hémorrhagie et *china* pour combattre l'anémie consécutive.

Les applications d'eau froide sur le bas-ventre, les lavements d'eau froide sont des auxiliaires quelquefois utiles. Enfin, quand la perte est très-abondante, il faut pratiquer le tamponnement du vagin. Voici comment se pratique cette opération.

Sur un fil fort et ciré, on attache, à distance de 10 centimètres les uns des autres, 12 à 15 bourdonnets de charpie de la grosseur d'une forte noix. On a ainsi un appareil qui ressemble fort à la queue d'un cerf-volant. Le spéculum étant mis en place, on débarrasse le vagin des caillots qu'il contient, et, avec de longues pinces, on introduit un à un les bourdonnets de charpie. A mesure que ces bourdonnets se placent, on retire le spéculum et on termine par appliquer sur la vulve un gâteau de charpie que l'on maintient par une serviette. Si on n'a pas de charpie, on peut faire le tamponnement avec une éponge traversée d'un gros fil. Il est bon d'imbiber la charpie ou l'éponge avec du perchlorure de fer étendu d'eau dans la proportion d'une moitié ou d'un quart.

Ce tamponnement doit rester en place de douze à vingt-quatre heures. On le renouvelle si l'hémorrhagie continue. On peut dans les cas pressants faire les tamponnements avec des bourdonnets de charpie enduits de cérat et placés sur le col et dans le vagin avec le doigt et sans spéculum.

CHAPITRE VIII

PELVI-PÉRITONITE

C'est une affection caractérisée par l'inflammation du péritoine du petit bassin. Longtemps décrite sous le nom de *phlegmon péri-utérin*, la pelvi-péritonite a été parfaitement établie comme affection distincte par les travaux de Bernutz; et, s'il est incontestable qu'il existe quelques cas rares d'inflammation siégeant dans le tissu cellulaire, il ne l'est pas moins que les affections si nombreuses décrites jusque dans ces derniers temps sous le nom de phlegmons péri-utérins sont de vraies *péritonites circonscrites.*

Étiologie. — Les causes auxquelles le plus souvent on peut attribuer le développement de la pelvi-péritonite sont en premier lieu l'état puerpéral (75 p. 100), ensuite l'état cataménial, puis la blennorrhagie, enfin les causes traumatiques, parmi lesquelles il ne faut oublier ni les excès de coït, ni l'emploi de l'hystéromètre et de la cautérisation au fer rouge. La pelvi-péritonite est souvent symptomatique d'une affection de l'utérus ou du rectum.

Cette maladie présente plusieurs formes: les principales sont: la *forme commune* ou séro-adhésive, la *forme bénigne*, la *forme purulente*, la forme *chronique d'emblée;* il y a encore une *pelvi-péritonite tuberculeuse* et une *pelvi-péritonite cancéreuse*; la *pelvi-péritonite hémorrhagique*, admise autrefois par Bernutz, nous semble devoir constituer une variété de l'*hématocèle.*

I. Forme commune.—Elle est caractérisée par une inflammation de la séreuse avec fausses membranes et épanchement séreux. C'est la forme *séro-adhésive.* Son début est quelquefois brusque, quelquefois précédé pendant plus ou moins longtemps de douleurs dans le petit bassin, douleurs en rapport avec une affection utérine préexistante.

Le début ressemble à celui d'une péritonite de moyenne

intensité : frisson initial, vomissements répétés, facies grippé, pouls petit, serré, fréquent; diarrhée ou constipation ; douleur dans une des fosses iliaques. Chez quelques malades, les vomissements ont pu faire croire au début du choléra.

La douleur est vive; elle augmente par le mouvement et la pression, par les grands mouvements de respiration ; elle contraint les malades à se tenir pliées en deux ; elle rend très-pénible la miction et la défécation. Bernutz la compare au point de côté pleurétique. Cette douleur siége le plus ordinairement dans l'une des fosses iliaques, quelquefois dans l'hypogastre. Si à ce moment on pratique le toucher, on ne constate ni tumeur, ni déviation utérines ; seulement on augmente beaucoup la douleur pelvienne.

Pendant les premiers jours, la douleur et le mouvement fébrile continuent; le pouls est petit et serré, avec une peau peu chaude comme dans la pleurésie. Après quelques jours, les symptômes généraux tombent, la douleur diminue, et on commence à sentir, dans un des culs-de-sac du vagin, une sorte d'empâtement, signe physique de la collection séro-fibrineuse qui constitue la lésion de la pelvi-péritonite.

Les évolutions que subit cette tumeur, les déviations qu'elle imprime à l'utérus sont, avec une douleur sourde, les symptômes de cette période de la maladie.

Signes fournis par le toucher et la palpation. — Au bout de quelques jours on perçoit un empâtement notable dans l'un des culs-de-sac vaginaux; à cet empâtement succède la sensation d'une sorte de fluctuation obscure ; puis la possibilité de déterminer les contours d'une tumeur accolée à l'utérus, et située sur l'une de ses faces dont elle est séparée par un sillon. C'est le plus souvent dans le cul-de-sac latéro-postérieur gauche que cette tumeur fait saillie; mais elle peut occuper un point quelconque de cette région. Le toucher fait reconnaître en même temps une déviation utérine en rapport avec le siége de la tumeur, déviation qui change et se modifie à mesure que la tumeur augmente ou diminue de volume.

Un peu plus tard, quand la maladie a fait des progrès, on

peut constater l'existence de la tumeur par la palpation hypogastrique. Cette tumeur présente les sensations déjà perçues par le toucher; elle occupe l'un des côtés de l'utérus, reste presque toujours dans la cavité du petit bassin, et dépasse rarement la branche horizontale du pubis, ce qui est un bon signe pour distinguer la pelvi-péritonite des abcès du ligament large.

Cette forme de la péritonite a une marche chronique avec des exacerbations. Les exacerbations surviennent à propos des règles, d'une fatigue, d'un excès vénérien. Les symptômes du début reparaissent, mais en petit, et la tumeur fait de nouveaux progrès. La métrorrhagie ou plutôt la ménorrhagie, la leucorrhée et les ulcérations du col accompagnent la pelvi-péritonite, mais la métrorrhagie est sous la dépendance immédiate de cette inflammation et imprime à la maladie un de ses caractères.

Après une durée déjà considérable, la pelvi-péritonite atteint la période de cachexie. L'anémie, un état nerveux, une hystéralgie très-pénible, caractérisent cette période. A ce moment, les hémorrhagies sont plus abondantes encore, et surtout très-douloureuses. La tumeur est devenue dure, inégale, bosselée, et les déviations utérines sont définitives.

Quand la pelvi-péritonite doit guérir, les exacerbations ne se reproduisent plus; les métrorrhagies cessent, le liquide se résorbe, la tumeur diminue, et bientôt il ne reste plus que des brides cellulaires qui maintiennent les déviations utérines, et qui sont souvent le siége de douleur persistante comme les anciennes fausses membranes pleurétiques.

Arrivées à la cachexie, ces malades sont très-exposées à devenir phthisiques; on observe alors un phénomène particulier qui donne une physionomie toute spéciale à ces cas pathologiques. A mesure que la phthisie fait des progrès, les symptômes de la pelvi-péritonite s'amendent, les douleurs diminuent, les règles sont beaucoup moins fortes; mais si au contraire l'affection de poitrine s'améliore, la pelvi-péritonite reprend toute son intensité, les douleurs et les hémorrhagies reprennent comme avant la phthisie; et, pendant toute la vie

des malades, on observe une sorte de *balance* entre les deux affections.

Mais la forme séro-adhésive de la pelvi-péritonite peut, comme la pleurésie séreuse, se terminer par *suppuration*. Pendant un mouvement fébrile violent, la malade éprouve des douleurs excessives, en même temps que la tumeur prend un développement considérable. La maladie se conduit alors comme nous le verrons à propos de la forme purulente.

II. Forme bénigne. — Elle présente souvent des symptômes très-aigus et qui simulent assez bien ceux de la péritonite; puis tout se calme; on constate la tumeur intra-pelvienne et les symptômes déjà décrits à propos de la forme précédente; mais, au bout de deux, trois ou quatre semaines, il survient une menstruation très-abondante qui enlève tous les symptômes et termine la maladie.

III. Forme chronique d'emblée.— Elle débute sourdement, et existe quelque temps sans arrêter la malade ; elle ne présente jamais cet appareil de symptômes qui pourrait faire songer à la péritonite. Une fois arrivée à la période d'état, elle ressemble beaucoup à la *forme commune*, présente les mêmes aggravations, la même marche et la même terminaison.

IV. Forme purulente. — Bernutz l'appelle *pelvi-péritonite franche*.

Cette forme survient habituellement après l'accouchement ou l'avortement, mais pas toujours; et, tout récemment, nous en avons vu un cas survenu à propos de la menstruation.

Le début de cette forme est brutal : un violent frisson, suivi d'une chaleur qui souvent dépasse 40 degrés, avec un pouls dur et fréquent, un facies grippé, une douleur violente siégeant aux lieux habituels, des nausées et des vomissements marquent le début de cette forme.

Dans deux cas que j'ai vus en dehors de l'état puerpéral, la

douleur était si intense qu'il fallut absolument la calmer par des injections de morphine; ces douleurs revenaient par accès, arrachaient des cris à la malade et ressemblaient aux douleurs d'accouchement; elles s'accompagnaient de ténesmes rectal et vésical, et étaient exaspérés par les besoins d'uriner et d'aller à la selle.

Dans les premiers jours, la péritonite a une grande tendance à se généraliser, et on peut dire que c'est là le plus grand danger de la forme que nous décrivons.

Le facies reste mauvais; il existe des frissons erratiques, des sueurs; puis la tumeur se manifeste, elle s'accroît beaucoup plus rapidement, et devient bien plus volumineuse que dans les autres formes de cette maladie.

Cet abcès donne au toucher et à la palpation les signes que nous avons déjà décrits, au moins quant à son siége, mais présente le plus souvent une fluctuation évidente.

Comme tous les abcès internes, il s'accompagne d'un mouvement fébrile propre, et il est le siége d'un travail d'élimination. Ce travail peut être excessif et amener soit une péritonite générale, soit une augmentation de la tumeur. Mais ordinairement, et après un orage et une aggravation de tous les symptômes, l'abcès s'ouvre dans une des cavités voisines : péritoine, vessie, vagin, intestin, et quelquefois dans plusieurs de ces cavités, soit simultanément, soit successivement.

Pendant la période suraiguë de ces abcès, nous avons observé quelquefois des érysipèles malins et des accès pernicieux comme dans la diathèse purulente.

La mort arrive souvent dans cette période aiguë par la violence de la fièvre ou par une complication de péritonite. Si l'abcès s'est ouvert largement dans le rectum ou le vagin, la guérison est la terminaison habituelle. Cette guérison se produit quelquefois rapidement, mais le plus souvent elle n'a lieu qu'après un écoulement purulent qui dure plusieurs mois, quelquefois plusieurs années et quand la santé générale est complètement rétablie. L'ouverture par la vessie est moins favorable; il ne donne pas au pus un écoulement facile. Peut-il permettre l'infiltration urineuse de l'abcès? Je ne l'ai pas

observé. Si l'ouverture dans l'intestin se fait par une perforation trop étroite ou très-haut dans l'intestin, dans le cæcum par exemple, le pus s'écoule difficilement ; la maladie est interminable, et les femmes tombent dans la cachexie et l'hecticité. Souvent cette suppuration provoque, en passant dans l'intestin, une diarrhée colliquative qui affaiblit considérablement les malades, et contribue beaucoup à produire une fâcheuse terminaison.

V. Forme tuberculeuse. — Analogue à la pleurésie tuberculeuse, elle se distingue de la forme chronique d'emblée, compliquée de phthisie, par ce seul signe : c'est que les métrorrhagies persistent jusqu'à la fin dans la pelvi-péritonite tuberculeuse, tandis qu'elles cessent dans la pelvi-péritonite compliquée de phthisie.

Traitement.— La pelvi-péritonite est une maladie dont l'histoire pathologique est encore trop récente pour avoir un traitement classique, un traitement assis sur une expérience clinique suffisante. C'est pourquoi nous soumettons les indications suivantes au contrôle de nos confrères, et nous les engageons vivement à nous venir en aide pour compléter ce point de la thérapeutique.

Les indications pendant la période aiguë de la pelvi-péritonite se tirent de la violence du mouvement fébrile et de l'intensité de l'inflammation de la séreuse pelvienne. *Aconitum*, *colocynthis* et *cantharis* sont les trois médicaments qui conviennent le mieux à cette période de la maladie.

Aconitum est le médicament principal. Les allopathes eux-mêmes le prescrivent dans ce cas, à la dose de 1 et de 2 gr. de teinture en vingt-quatre heures. Disons très-hautement que ces fortes doses n'offrent aucun inconvénient ; que beaucoup d'homœopathes ont l'habitude de ces doses et s'en louent sans restriction. Dans les cas très-aigus, nous n'hésitons point à prescrire 20 et 30 gouttes de teinture mère par vingt-quatre heures. Mais, dans les cas moins immédiatement menaçants, les dilutions basses (1re, 2e et 3e), nous ont toujours suffi. Quelle

que soit la dose, l'aconit doit être continué tant que le mouvement fébrile persiste dans toute sa violence.

Les symptômes qui indiquent plus particulièrement l'aconit se tirent, nous l'avons dit, du caractère de la fièvre et de l'inflammation de la séreuse. Nous devons rappeler ici quels sont les caractères de la fièvre qui indiquent l'aconit. Au début, frisson avec pâleur de la face, suivi d'une chaleur violente, avec rougeur de la face, pouls grand et fréquent, soif excessive. Mais le symptôme le plus important, parce qu'il spécialise tout à fait l'aconit, est l'angoisse avec agitation, sentiment d'une mort prochaine, et état lipothymique. Ces derniers symptômes s'observent aussi bien pendant le frisson que pendant la chaleur.

Colocynthis est un médicament qui appartient exclusivement à la pratique de l'homœopathie dans le traitement de la pelvi-péritonite.

Le Dr Ludlam recommande particulièrement ce médicament dans l'inflammation de cette portion du péritoine qui recouvre les ovaires, c'est-à-dire dans la pelvi-péritonite. Cette indication est tirée directement de la localisation de la coloquinte sur les ovaires et sur l'épididyme dans les expérimentations physiologiques. Richard Hughes rapporte que, dans un cas d'empoisonnement, on constata à l'autopsie que *les intestins étaient collés ensemble par de la lymphe de récente formation*. Ainsi les lésions, comme les symptômes, démontrent l'opportunité de l'emploi de colocynthis dans la pelvi-péritonite aiguë.

Les symptômes spéciaux qui doivent guider le médecin et fixer son choix sur la coloquinte sont : les *douleurs excessives* dans le ventre, surtout quand cette douleur porte les malades à se recourber en avant; la diarrhée; les ténesmes rectal et vésical ; les crampes dans les jambes.

Cantharis nous est surtout indiqué ici par l'*usus in morbis*. Les bons effets obtenus par l'emploi des vésicatoires, et l'action héroïque de la cantharide à dose homœopathique, dans le traitement de la pleurésie, devait évidemment indiquer ce médicament dans le traitement de la pelvi-péritonite. Les médecins homœopathes ont aussi conseillé cantharis dans l'inflammation des ovaires : mais nous ne possédons point dans la matière

médicale de renseignements suffisants pour nous guider sur l'emploi de ce médicament dans le traitement de la pelvi-péritonite. Aussi sommes-nous réduit ici à nous en fier à une expérience bien incomplète et qui ne peut suppléer aux connaissances positives de la matière médicale. Est-ce à la difficulté de bien saisir les indications de cantharis? Est-ce parce que ce médicament, en dépit de toutes les analogies, ne correspond pas bien à la maladie? Toujours est-il que je suis loin d'avoir obtenu de cantharis, dans le traitement de la pelvi-péritonite, ce que j'ai obtenu de ce médicament dans la pleurésie. Dans cette dernière maladie, *cantharis* constitue un moyen héroïque qui, presque toujours, suffit à la guérison de l'épanchement; tandis que, dans l'inflammation du péritoine du petit bassin, son action m'a *paru* essentiellement infidèle. J'ai l'habitude de prescrire *colocynthis* et *cantharis* à la 3e dilution, 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Nous avons vu que dans le cours de la pelvi-péritonite, le mouvement fébrile, après avoir cédé plus ou moins complètement, était très-sujet à reparaître sous l'influence de l'évolution même de la maladie, ou sous l'influence de causes externes déterminées. Toutes les fois que la fièvre reparaîtra dans le cours de la pelvi-péritonite, il faudra revenir au traitement de la période aiguë et principalement à *aconit.*

Pendant la fièvre de suppuration, que cette fièvre soit le symptôme de la pelvi-péritonite franche, ou de la pelvi-péritonite adhésive, tournant à la suppuration, *aconit, china* et *arsenic* sont les principaux médicaments. *Aconit* correspond au type continu du mouvement fébrile, et le *china* au type rémittent ou intermittent. Dans ces cas, j'ai quelquefois observé de véritables *accès pernicieux*, et je n'ai point hésité à prescrire le sulfate de quinine à haute dose, c'est-à-dire 1 gramme à 1 gramme 50, administrés 50 centigrammes toutes les vingt minutes.

China et *arsenic* ont encore été conseillés pendant la fièvre de suppuration. Je ne connais pas bien les signes qui permettent de choisir entre le quinquina et le sulfate de quinine; dans ma pratique je donne habituellement le quinquina pour continuer

l'action du sulfate de quinine. Je prescris de 1 à 5 grammes de teinture mère à prendre en vingt-quatre heures.

Quant à *arsenic*, je n'ai pas eu à m'en louer dans la période aiguë de la suppuration. C'est au contraire un médicament excellent dant la pelvi-péritonite suppurée passée à l'état chronique. Il soutient les forces des malades, favorise la reconstitution et devient d'un grand secours pour tarir la suppuration. Il faut, dans ces cas, le donner pendant des mois, avec une interruption de quatre jours tous les vingt jours. La première ou la deuxième trituration sont mes doses préférées. Les eaux minérales arsenicales, la Bourboule en particulier, agissent dans le même sens.

Dans la pelvi-péritonite chronique non suppurée, *arsenic* est encore un médicament important, parce qu'il combat avec avantage les ménorrhagies abondantes, qui sont pour les malades une cause incessante de dépérissement. Dans ce cas, je donne arsenic 3e trit., 10 centigr. par jour, en deux fois pendant l'intervalle des règles.

Hamamelis, *thaspi*, *sabina*, et les autres médicaments de la métrorrhagie, devraient être consultés si arsenic était insuffisant.

Il y a des moments où les douleurs sont si atroces, qu'elles arrachent les hauts cris aux malades. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer des injections hypodermiques de morphine. Ces injections procurent la diminution des douleurs et quelques heures de calme qui constituent un véritable avantage, même au point de vue curatif. Mais il ne faut pas abuser de ce moyen.

Les soins hygiéniques sont très-importants dans le traitement de cette maladie. Pendant la période aiguë, le repos le plus absolu est de rigueur. Pendant la période chronique, les malades doivent éviter la fatigue vénérienne en particulier ; elles doivent se rappeler que chaque époque menstruelle peut être une occasion du retour de la maladie et garder un repos presque absolu pendant cette période.

Une bonne alimentation, le séjour à la campagne, les eaux chlorurées sodiques, les bains de mer chauds, surtout s'ils sont additionnés d'*eaux mères*, aident très-puissamment au rétablissement et à la guérison complète de la malade.

CHAPITRE IX

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

L'histoire des hémorrhagies intra-pelviennes et des *tumeurs* qui peuvent en être la suite est encore fort obscure aujourd'hui. Cependant, les faits réunis par les gynécologistes français, et notamment par Bernutz et Goupil, sont maintenant fort nombreux. Ils ont été, de la part de Bernutz en particulier, l'objet d'un examen critique extrêmement minutieux (1) et qui permet, je crois, de tracer l'histoire clinique de ces hémorrhagies.

Division. — L'hématocèle présente quatre formes : *hématocèle par rupture*, *hématocèle par rétention menstruelle*, *hématocèle ménorrhagique ou cataméniale* et enfin la *pseudo-hématocèle* (de Trousseau).

I. HÉMATOCÈLE PAR RUPTURE. — Cette forme survient le plus souvent par suite de ruptures des veines tubo-ovariques ; d'autres fois par rupture de la trompe ou de l'ovaire lui-même. Elle est caractérisée par une douleur excessive siégeant dans l'une des fosses iliaques, par l'état lipothymique propre à toutes les hémorrhagies internes, et, si la mort n'est pas subite, par le développement très-rapide d'une péritonite foudroyante.

Dans cette variété, on ne trouve pas de *tumeur* à proprement parler, mais un *ballonnement* du ventre, dû à l'accumulation du sang et aux premiers symptômes de péritonite. C'est seulement dans les cas où la vie se prolonge suffisamment qu'il y a

(1) Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XVII, art. *Hématocèle*.

enkystement du caillot, formation de tumeur, et *hématocèle* dans le sens rigoureux du mot.

Les deux variétés suivantes sont celles qu'on observe le plus fréquemment et qui, à tous égards, offrent le plus grand intérêt pratique.

II. Hématocèle par rétention. — Bernutz appelle ainsi l'hémorrhagie qui se produit dans le petit bassin par suite de l'oblitération complète ou incomplète des voies par lesquelles le sang s'écoule de l'utérus au dehors pendant les règles. Dans la première catégorie, il range la persistance de l'hymen, l'oblitération du vagin et du col ; dans la seconde, les *rétrécissements* du col. Dans ces cas, le sang accumulé dans la cavité utérine refluerait par les trompes et s'épancherait dans la cavité péritonéale du petit bassin.

Nous serions porté à croire que dans les cas où l'oblitération du col n'est pas complète, il se fait une exhalation de sang dans le péritoine, comme il se produit une hémorrhagie nasale ou stomacale ou pulmonaire dans le cas de suppression des règles ; ce serait une véritable *hémorrhagie vicariante.*

Quant à l'opinion allemande renouvelée de la théorie de la *pachyméningite* et qui enseignerait que les fausses membranes précèdent l'hémorrhagie, que cette hémorrhagie est due à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation développées dans la fausse membrane ; l'observation des symptômes n'est nullement favorable à cette *théorie*, puisqu'il faudrait que les signes de la pelvi-péritonite précédassent de longtemps ceux de l'hémorrhagie ; ce qui n'est pas.

Quoi qu'il en soit, cette hémorrhagie a un début et une marche caractéristiques.

Après une suppression des règles plus ou moins longue, et *au moment de l'époque*, survient une douleur aiguë dans un point de l'hypogastre avec tous les symptômes d'une péritonite violente : frisson, mouvement fébrile intense, face grippée, vomissements, quelquefois incoercibles. C'est, comme dit Bernutz, un début *dramatique*. L'enkystement du sang a lieu très-rapidement, et la tumeur peut quelquefois être constituée au

bout de trente-six heures. Cet enkystement est dû à la péritonite occasionnée par le contact du sang sur la séreuse. Ce travail a pour résultat la production d'une sorte de *diaphragme pathologique* formé par les adhérences des anses intestinales, des organes génitaux et des parois abdominales. Bernutz appelle cette disposition *diaphragme* parce que cette cloison pathologique s'abaisse à chaque inspiration et pousse le sang dans les culs-de-sac vaginaux.

La tumeur formée par l'hématocèle est considérable, elle s'étend quelquefois du cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à l'ombilic. Elle ne change pas sensiblement de volume d'une époque à l'autre ; seulement elle s'abaisse de plus en plus dans le petit bassin, ce qui lui donne l'apparence de diminuer par en haut. Elle prédomine dans une des fosses iliaques, mais elle peut envoyer une prolongation dans l'autre, et elle s'étend toujours plus ou moins sur la ligne médiane. Le col utérin est refoulé en avant et en haut, vers le pubis ; le rectum est comprimé et dévié.

Cette tumeur a une consistance pâteuse ; plus tard, elle présente une portion dure, solide, d'une consistance analogue à celle d'un corps fibreux et une portion molle et fluctuante.

Les symptômes de péritonite se calment, une amélioration considérable se produit de jour en jour. Le pouls cependant reste fréquent et le facies présente un aspect cachectique propre aux hémorrhagies. A l'époque suivante, tous les accidents peuvent reparaître, les vomissements et les douleurs reprennent toute leur intensité, la douleur augmente considérablement, et la mort peut alors survenir par suite de la généralisation de la péritonite. D'autres fois, le kyste sanguin devient le siége d'une inflammation suppurative, la fièvre des phlegmasies internes s'établit, et l'abcès, comme dans la pelvi péritonite suppurée, peut s'ouvrir dans le péritoine, le rectum, le vagin ou la vessie. Alors la maladie se termine par une mort rapide (ouverture dans le péritoine), par la guérison (ouverture dans le vagin et le rectum), ou par un état de suppuration chronique et d'hecticité (ouverture trop petite ou située trop haut dans l'intestin,

ouverture dans la vessie). De ces ouvertures, la plus favorable est celle qui se fait dans le vagin : cependant l'ouverture dans le rectum peut être suivie d'une prompte guérison. Ces terminaisons diverses ne se produisent quelquefois qu'au retour de la deuxième, troisième ou quatrième menstruation.

Dans des cas plus heureux, la terminaison a lieu par résorption du kyste sanguin, et ce travail régressif commence aussi pendant une époque et marche très-rapidement.

III. Hématocèle ménorrhagique. — Cette forme est de toutes la *plus fréquente ;* elle survient chez des femmes qui, pour une cause ou une autre, sont sujettes à des règles énormes, hémorrhagiques. Trousseau appelait ces hématocèles, *tubaires*, parce qu'il croyait que la muqueuse de la trompe était le siége exclusif de l'hémorrhagie. Bernutz professe, avec juste raison, que l'exhalation sanguine exagérée, productive de cette forme d'hématocèle, a sa source aussi bien dans la muqueuse utérine que dans la muqueuse tubaire, et que le sang reflue de l'utérus dans le péritoine.

Dans cette forme, les symptômes de péritonite sont beaucoup moins intenses, et dans quelques cas, ils sont si peu intenses, que Trousseau avait nié l'existence de l'inflammation du péritoine.

Pendant le cours d'une métrorrhagie il survient une douleur vive dans le petit bassin ; cette douleur s'accompagne d'un mouvement fébrile peu intense ; en même temps la métrorrhagie se suspend ou au moins l'écoulement du sang diminue considérablement. Souvent, au bout de quelques jours, les symptômes s'amendent tellement, que les femmes se croient guéries et espèrent reprendre leur vie habituelle. Mais les douleurs reparaissent, l'hémorrhagie externe revient en augmentant et se prolonge indéfiniment.

Comme dans la forme précédente, chaque époque cataméniale est l'occasion d'une recrudescence considérable et devient le point de départ des mêmes accidents : augmentation de la tumeur, rupture du kyste dans le péritoine, etc.; et des mêmes

modes de terminaison : résorption, suppuration et évacuation dans les cavités voisines.

Dans les vingt-cinq observations que renferme la thèse d'Auguste Voisin, la plus grande durée observée pour la résorption de l'hématocèle est de huit mois. Velpeau a observé un cas dans lequel la résorption du caillot a demandé dix-huit mois, il y a des cas où cette durée est indéfinie et où la tumeur persiste toute la vie.

IV. Pseudo-hématocèle ou hématocèle du ligament large. La pseudo-hématocèle survient presque toujours à propos d'une grossesse extra-utérine ; il n'existe que deux observations de pseudo-hématocèle dans l'état de vacuité

Comme, dans l'hématocèle vraie, le début est brusque et survient à une époque cataméniale, il ne s'accompagne pas de symptômes vrais de péritonite, mais d'une douleur hypogastrique qui se rapproche beaucoup de celle du phlegmon du ligament large. La tumeur sanguine est latérale seulement, peu proéminente du côté de l'abdomen ; tandis qu'elle descend très-bas dans le vagin, avec les parois desquelles elle fait, pour ainsi dire, corps. (Bernutz.)

Traitement. — Il comprend trois indications principales : contenir et combattre l'inflammation de la séreuse péritonéale ; favoriser la résorption de l'épanchement sanguin ; lutter contre les nouvelles poussées hémorrhagiques.

Les médicaments indiqués par l'inflammation du péritoine sont l'*aconit* et la *coloquinte*. Nous renvoyons à ce que nous avons avons dit de ces deux médicaments à propos du traitement de la pelvi-péritonite. Les indications sont les mêmes et nous n'avons rien de particulier à ajouter à ce chapitre.

La résorption de l'épanchement peut-elle être activée par une action médicamenteuse ? Nous n'osons nous prononcer pour l'affirmative. Il est difficile, en effet, de juger si la diminution et la disparition de l'hématocèle, qui se produit habituellement par les seuls efforts de l'organisme, quand rien ne vient entra-

ver son travail de réparation, est hâté jusqu'à un certain point, par l'administration d'un médicament ; nous conseillerons néanmoins d'employer l'*arnica* et la *belladone* qui nous ont paru favoriser la résorption de l'épanchement dans un cas où nous les avons employés.

Toute la préoccupation du médecin doit être fixée sur la possibilité d'une nouvelle hémorrhagie et sur les moyens de s'y opposer. Cette recrudescence de la lésion, se produisant toujours au moment des règles, la femme doit, pendant cette période, être soumise aux lois les plus sévères de l'hygiène. Le repos absolu dans la position horizontale est de rigueur. *Aconitum* sera prescrit pour prévenir la congestion hémorrhagique La dose sera ici de 20 gouttes de teinture en 24 heures. *Digitalis* est aussi indiqué dans ce cas, à cause de ses propriétés antihémorrhagiques et en particulier de son action sur l'utérus, mais je ne connais pas les signes qui doivent la faire préférer à l'aconit. Au moment de l'hémorrhagie, *arnica* est le médicament principal ; mais *hamamelis*, *thlaspi bursa pastoris*, *secale cornutum* et tous les médicaments de la métrorrhagie, sont pareillement indiqués. A ce moment l'application continue de glace sur le bas-ventre est aussi d'un grand secours.

Si le kyste sanguin est distendu par une nouvelle hémorrhagie, et que les douleurs violentes fassent craindre sa rupture, Nélaton conseille la ponction. Cette opération sera pratiquée par le vagin. C'est le seul cas dans lequel on devra intervenir chirurgicalement, attendu que la ponction est habituellement suivie de l'inflammation violente du kyste et de la mort de la malade.

Enfin, si l'hématocèle devient le siége d'un travail inflammatoire, on devra, par tous les moyens possibles limiter et circonscrire cette inflammation. *Aconit*, *colocynthis*, *cantharis*, retrouvent ici leur indication. Le collodion, quelquefois la glace sont aussi très-utiles pour empêcher les accidents violents et persistants. On voit alors l'inflammation se borner à amener l'ulcération du kyste à sa partie inférieure et son ouverture dans le vagin ou dans le rectum, et procurer ainsi la guérison complète de la malade.

CHAPITRE X

AMÉNORRHÉE

L'aménorrhée est constituée par l'absence complète ou incomplète des règles. Dans l'aménorrhée incomplète tantôt le sang revient chaque mois, mais se borne à une simple apparition ; tantôt il n'apparaît qu'à de très-longs intervalles, deux ou trois fois par an ; et dans ce cas l'écoulement peut être assez abondant.

L'aménorrhée est presque toujours un symptôme. Cependant elle peut exister indépendamment de tout autre état morbide déterminé et constituer une maladie.

L'aménorrhée essentielle présente trois formes : l'*aménorrhée absolue*, l'*aménorrhée de forme commune* et l'*aménorrhée bénigne* ou *accidentelle*.

AMÉNORRHÉE ABSOLUE. — Dans cette forme les règles ne sont jamais venues et ne viendront jamais ; la fonction manque complètement. Cet état s'accompagne de souffrances nombreuses et principalement d'une anémie plus ou moins considérable.

A l'âge ordinaire, les sens se développent, les signes extérieurs de la puberté se manifestent ; mais les règles n'apparaissent pas. Chez un certain nombre de malades les souffrances qui précèdent les règles se montrent chaque mois, et l'écoulement sanguin est remplacé par un flux leucorrhéique abondant. Chez d'autres, aucun trouble périodique ne se produit du côté des organes génitaux. Le plus souvent ces femmes se développent bien, mais restent pâles, bouffies, sujettes aux douleurs d'estomac, et de tête, et profondément anémiques. Dans presque tous les cas que j'ai observés le sens génital faisait absolument défaut et la stérilité était complète.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai donné des soins à une femme entretenue qui n'avait jamais eu ses règles cette femme n'avait pas l'apparence chlorotique habituelle à cette maladie.

Cette maladie, qui tient à l'absence de développement des

ovaires, est complètement incurable; on peut néanmoins soulager les malades en combattant les symptômes les plus douloureux par un traitement approprié. Les indications de la chlorose se retrouvent ici pour la plupart.

FORME COMMUNE. — Elle est bien plus fréquente; elle peut se développer à propos de la suppression des règles par une émotion ou par un refroidissement; souvent elle est due à un changement de climat ou à l'action consécutive des bains de mer ou des eaux thermales; mais, le plus souvent, elle s'établit dès le début de la puberté, sans cause apparente, et elle est presque toujours incurable.

Le symptôme le plus constant de l'aménorrhée est l'apparition d'un flux muqueux habituellement leucorrhéique ou d'une hémorrhagie supplémentaire. Ce flux muqueux et cette hémorrhagie reviennent périodiquement à la place des règles. Les hémorrhagies supplémentaires sont le plus souvent des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses; puis plus rarement des hématuries ou des hémorrhagies par les points lacrymaux ou par la cicatrice ombilicale.

Quelquefois ces hémorrhagies sont trop fortes et finissent par amener une anémie profonde qui rapproche beaucoup cet état de la chlorose. La stérilité n'est point absolue dans cette forme de l'aménorrhée.

FORME BÉNIGNE OU ACCIDENTELLE. — C'est celle qui survient à l'occasion d'une cause extérieure évidente : émotion, refroidissement, indigestion; elle guérit très-facilement. Les principaux symptômes sont des congestions vers la tête et la poitrine; quelquefois des hémorrhagies ou des phlegmasies; souvent un accès fébrile qui éclate au moment de la suppression. A l'époque suivante les règles reparaissent et sont beaucoup plus abondantes; elles sont supplémentaires. Quelquefois, cependant, la guérison se fait attendre deux ou trois mois; alors à chaque époque la femme éprouve les souffrances de la congestion utérine.

Traitement. — *Pulsatilla*, *causticum*, *natrum muriaticum* et

sulfur, sont les principaux médicaments. Il faut y ajouter les bains de mer et certaines eaux minérales; celles de Saint-Sauveur m'ont procuré quelques succès. Une indication capitale se tire de l'existence d'hémorrhagies supplémentaires, qui, lorsqu'elles sont très-fortes, demandent un traitement particulier.

Le principal médicament dans *l'aménorrhée accidentelle* est *aconitum;* il suffit habituellement à calmer les accidents et à faire revenir les règles. Si la maladie se prolongeait, il faudrait choisir entre *pulsatilla*, *natrum muriaticum* et *causticum.*

Senecio aureus, connu vulgairement sous le nom de « régulateur des femmes » et de « fausse valériane » noms qui indiquent la nature de son action, paraît avoir donné de bons résultats dans quelques cas d'aménorrhée.

Iodium a paru combattre l'aménorrhée chez certaines scrofuleuses ou tuberculeuses, mais il est probable que c'est en améliorant la constitution du sujet, plutôt que par une action élective sur le système utéro-ovarien, qu'il s'est montré favorable.

CHAPITRE XI

DYSMÉNORRHÉE

La dysménorrhée est une affection caractérisée par la sortie difficile et douloureuse du sang menstruel.

Dans sa forme la plus simple, la dysménorrhée n'est pas autre chose que la *colique menstruelle.*

La dysménorrhée n'est le plus souvent qu'un symptôme commun à beaucoup d'affections utérines. Les obstacles à la sortie du sang de l'utérus (rétrécissement du col, flexion de l'utérus, métrite chronique du col), engendrent les dysménorrhées les plus rebelles et souvent les plus graves. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans ces cas d'obstacles à la sortie du sang, il peut y avoir accumulation de ce liquide dans l'utérus et reflux par les trompes dans le péritoine; d'où *hématocèle péri-*

utérine. La formation de *caillots* volumineux, de pseudo-membranes dus à des métrites, sont encore des causes de dysménorrhée. Quelques femmes expulsent à chaque époque la muqueuse utérine décollée. Cette *dysménorrhée pseudo-membraneuse* est excessivement douloureuse et simule, par ses coliques, le travail de l'accouchement. Kölliker et Scanzoni ont déterminé la véritable valeur de ces membranes. Enfin, on rencontre des femmes et surtout des jeunes filles dont les règles sont extrêmement douloureuses, sans qu'on puisse saisir aucune cause mécanique ou autre de ces douleurs. Ce serait dans ce cas une *dysménorrhée essentielle.*

Les douleurs de la dysménorrhée reviennent par coliques, prédominent dans l'hypogastre ou dans les reins ; s'accompagnent, quand elles sont fortes, de vomissements, de refroidissements, de sueurs froides et de tendance à la lipothymie. Habituellement les douleurs disparaissent quand le sang s'écoule facilement ; cependant, quelquefois elles durent tout le temps des règles.

Traitement. — Dans les cas où un obstacle mécanique est la cause de la dysménorrhée, il faut, si la chose est possible, faire disparaître cet obstacle ; la dilatation de la cavité du col par l'*éponge préparée* constitue souvent le meilleur traitement. Quand il n'y a point obstacle à l'excrétion menstruelle, ou quand cet obstacle ne peut être levé, on aura recours aux médicaments suivants : *chamomilla*, *pulsatilla*, *magnesia carbonica*, *nux vomica*, *asperula*, *hepar sulfuris* et *hamamelis.*

Chamomilla est indiqué par des douleurs excessives, insupportables, avec grande agitation ; petits frissonnements et diarrhée ; accès d'évanouissement et sueurs. Le sang est rouge et en caillots.

Coffea convient dans des circonstances fort analogues avec règles extrêmement abondantes.

Magnesia carbonica convient quand les règles sont en retard, et surtout quand l'écoulement du sang se suspend pendant les douleurs. Ce médicament m'a souvent réussi.

Pulsatilla, règles en retard, douleur ayant le type des coliques

utérines; sang en caillot, refroidissement, pâleur, vomissements.

Hamamelis m'a procuré quelques guérisons dans des cas où les règles douloureuses étaient en même temps trop abondantes. Je l'ai employé aux plus basses dilutions.

Hepar sulfuris, 3e trituration, est un médicament d'une incontestable valeur chez les herpétiques atteints de dysménorrhée; il doit, comme le précédent, être prescrit pendant tout l'intervalle des règles.

Actæa racemosa procure un grand soulagement dans la dysménorrhée, et les douleurs qui suivent les règles chez les sujets malades ou rhumatisants.

Caulophyllum est homœopathique à la dysménorrhée. (Hale.)

Collinsonia a donné aussi des résultats favorables d'après le Dr Hale.

Gelseminum sempervirens à doses un peu massives s'est montré très efficace contre la dysménorrhée simple et les douleurs consécutives de nature spasmodique.

Xantoxylon fraxineum convient spécialement aux femmes d'un tempérament délicat, nerveux et d'une organisation pauvre.

Nux vomica convient chez les hémorrhoïdaires et chez les femmes dont les règles sont trop fortes et en avance.

Asperula m'a rendu quelques services, mais je ne puis préciser ses indications.

Les applications et les boissons très-chaudes procurent habituellement un grand soulagement.

CHAPITRE XII

HYSTÉRALGIE

L'hystéralgie ou *utérus douloureux* est une maladie rare, si on en sépare les *douleurs nerveuses* qui viennent, à l'époque de la cachexie, compliquer la plupart des affections de l'utérus.

L'*utérus douloureux* est une maladie de la classe de névralgies :

elle est caractérisée par une douleur violente, siégeant plus particulièrement d'un côté et dans la région inférieure. Cette douleur s'aggrave habituellement à l'époque des règles, mais elle existe aussi dans leur intervalle; elle présente des redoublements réguliers ou irréguliers; elle s'irradie quelquefois dans les reins et dans les cuisses ; elle s'accompagne de sécheresse du vagin ou d'un écoulement leucorrhéique. Le *toucher* rencontre toujours sur le col, à droite ou à gauche, un point excessivement douloureux à la pression.

L'hystéralgie se distingue de la dysménorrhée parce que la douleur n'est pas expulsive et ne ressemble en rien à une colique utérine ; elle se distingue des douleurs qui accompagnent les affections organiques par sa vivacité, par son siége et par le point douloureux au toucher. Il ne faut pas oublier cependant qu'une véritable hystéralgie peut compliquer la *cachexie utérine.*

Traitement. — L'hystéralgie est une maladie d'une *durée* indéfinie et extrêmement rebelle à toutes les médications. Les médicaments principaux sont : *belladona* et *ignatia ;* mais la thérapeutique homœopathique est encore fort peu avancée sur ce point, parce que les auteurs ont confondu la dysménorrhée et les crampes de matrice avec l'hystéralgie. Nous indiquons donc les deux médicaments qui nous ont réussi dans une certaine mesure, et nous renvoyons au traitement des *névralgies.*

Les *bains de mer*, l'*hydrothérapie*, les *bains de siége froids*, ont donné quelques succès.

Les eaux de *Plombières* et surtout les eaux d'*Ussat* m'ont été fort utiles.

CHAPITRE XIII

DÉPLACEMENTS UTÉRINS

On a beaucoup exagéré l'importance des déplacements utérins ; il n'y a pas plus de vingt ans, on les considérait comme des maladies, on les traitait comme telles, et nombre de fem-

mes ont vu leur état notablement aggravé; quelques-unes même sont mortes pour avoir eu à subir des tentatives de redressement aussi inutiles que dangereuses.

Les déplacements utérins, l'abaissement excepté, existent chez la plupart des femmes, et tant que l'utérus n'est pas malade, les déplacements ne se révèlent par aucune souffrance, par aucun symptôme ; ils ne constituent donc qu'un vice de situation, continuation anormale d'un état qui est physiologique chez le fœtus. Ces déplacements jouent cependant un certain rôle en gynécologie ; il sont une cause puissante de la ténacité des affections utérines, et comme ils augmentent beaucoup par le fait de l'engorgement inflammatoire de cet organe, ils s'accompagnent alors de symptômes dus à la pression que l'utérus dévié exerce sur les organes voisins.

Il ne faut pas oublier que la pelvi-péritonite guérie produit des déplacements permanents et définitifs du col utérin.

Les déplacements de l'utérus se divisent naturellement en déplacements de l'organe entier et déplacements du corps seul de l'utérus, le col restant à sa place. Les premiers comprennent : l'*antéversion*, la *rétroversion*, les *versions latérales*, et enfin l'*abaissement* en masse et le *prolapsus utérin*. Les déplacements du corps seul de l'utérus comprennnent ce qu'on a appelé les *flexions* de l'utérus qui se divisent classiquement comme les versions, mais qui ne comprennent réellement que deux espèces : la *rétroflexion* et l'*antéflexion*.

Dans l'*antéversion*, le fond de l'utérus est porté en avant et son col en arrière. Le toucher fait reconnaître très-facilement cette situation. Il existe un cul-de-sac vaginal considérable en avant du col utérin.

Dans la *rétroversion*, la situation est inverse et le doigt trouve le col utérin fixé vers la symphyse, tandis que le fond de l'utérus appuie fortement sur le rectum. Ces deux déplacements, le premier surtout, sont une cause d'infécondité.

Les *versions latérales* se reconnaissent facilement par le toucher, la situation du col déterminant la situation du corps de l'utérus. Les versions latérales ne sont jamais bien prononcées et n'ont aucune importance pratique.

L'*abaissement* de l'utérus constitue une lésion plus grave que les précédentes. Depuis les travaux de Huguier, on distingue ce déplacement de l'*hypertrophie* du col utérin dont nous ferons l'histoire, à propos des *vices de conformation*. L'abaissement de l'utérus se reconnaît encore par le toucher : le col arrive plus ou moins près de la vulve et l'organe se réduit facilement par la pression du doigt.

Dans un degré plus avancé, le *prolapsus* est complet et la matrice est précipitée en dehors de la vulve.

Cette lésion est toujours la suite d'une inflammation chronique de l'utérus, de l'allongement des ligaments qui le tiennent, mais surtout du relâchement du vagin, de la faiblesse ou de la déchirure du périnée. Cependant elle peut survenir mécaniquement et comme un symptôme de tumeurs du ventre et surtout d'ascite qui chassent l'utérus de la cavité abdominale.

Les symptômes sont un sentiment de pesanteur qui augmente quand la malade est debout, surtout si elle fait des efforts ; du ténesme urinaire et la constipation. L'utérus, précipité hors de la vulve, se reconnaît facilement à sa forme, à la présence du museau de tanche qui peut recevoir la sonde utérine, et presque toujours à sa réduction facile. Un *polype* ne présente pas de cavité ; et de plus le toucher permet de constater, à sa place ordinaire, la présence du col utérin ; col utérin qui donne insertion au polype ou le laisse passer. L'*inversion* de l'utérus est constituée, non par le déplacement en masse de l'utérus, mais par un renversement de l'organe sur lui-même, en sorte que le col restant immobile, le fond de l'utérus vient se présenter à cette ouverture, la franchit et entraîne avec lui tout l'organe qui, ainsi retourné, vient faire saillie à l'extérieur, sa surface interne étant devenue externe.

L'utérus ainsi renversé se distingue du prolapsus par son aspect, par l'absence du museau de tanche, par l'orifice des trompes, placé de chaque côté ; par la présence du col à son lieu ordinaire ; et il se distingue d'un polype, parce que le doigt, porté dans le col, constate l'inversion et ne peut pénétrer dans une cavité qui n'existe plus. Enfin, au besoin, le doigt introduit dans le rectum et une sonde placée dans la vessie permettent

de constater l'absence de l'utérus à sa place ordinaire. Cet accident fâcheux est toujours lié à l'accouchement ou à la sortie d'un polype.

Les *flexions* de l'utérus ont plus d'importance que les autres déplacements; elles s'accompagnent nécessairement d'un rétrécissement et quelquefois de l'oblitération du col utérin dans l'endroit où l'organe est fléchi sur lui-même, et cette lésion a pour effet de mettre un obstacle plus ou moins complet à la sortie du sang menstruel et des autres liquides sécrétés dans la cavité utérine. Les *flexions* de l'utérus s'accompagnent donc, pendant la vie sexuelle, d'une dysménorrhée considérable, et après l'âge de retour, si le col s'oblitère, elles peuvent déterminer une véritable *hydrométrie.*

Dans l'*antéflexion* le col est légèrement porté en arrière; il est ramolli et entr'ouvert; le fond de l'utérus se trouve placé entre la vessie et le vagin; le doigt porté dans le cul-de-sac antérieur du vagin constate facilement sa présence.

Dans la *rétroflexion* le fond de l'utérus se trouve placé entre le rectum et le vagin; le col un peu porté en avant. Le toucher rectal est souvent nécessaire pour faire bien apprécier ce déplacement. La sonde utérine, instrument si souvent dangereux, est inutile pour constater les flexions utérines.

Traitement. — Les déplacements utérins ne déterminent presque aucun symptôme, tant que l'utérus n'est pas malade. C'est donc à une maladie de l'utérus que devra s'adresser le traitement. Néanmoins, comme le poids des intestins tend à augmenter le déplacement, les malades se trouveront bien de porter un bandage hypogastrique qui relève les intestins. Quand il existe une chute totale de l'utérus, l'usage d'un pessaire à air devient indispensable. Mais, quand il n'y a qu'abaissement de l'utérus avec relâchement considérable de la paroi antérieure du vagin, le traitement médical a souvent du succès. On a conseillé *nux vomica*, *ignatia*, *asperula* et surtout *aurum*.

Ce dernier médicament m'a donné des guérisons complètes. Les bains de siége froids, les injections astringentes : tannin, ratanhia, peuvent aider à la guérison.

CHAPITRE XIV

VICES DE CONFORMATION

Nous avons déjà parlé de l'oblitération du col à propos de l'aménorrhée. Nous ne traiterons point ici de l'*absence de la matrice*, de son *atrophie*, de sa *bifidité*. Nous dirons seulement un mot de l'*allongement hypertrophique* du col utérin.

Allongement hypertrophique. — Cet allongement peut être assez considérable pour que le col atteigne la vulve ; il a été très-souvent confondu avec l'abaissement de l'organe lui-même ; il s'en distingue par les signes suivants : le col hypertrophié n'est pas réductible ; de plus, il est extrêmement dur ; la longueur du vagin n'est pas diminuée et le doigt porté autour du col a de la peine à atteindre le cul-de-sac du vagin ; tandis que, dans l'abaissement de l'utérus, le vagin est en procidence et diminue de longueur à mesure que l'abaissement fait des progrès.

Cet allongement du col utérin est habituellement sans inconvénient chez les vierges, mais, chez les femmes mariées, il est l'occasion de douleurs pendant le coït et d'inflammation chronique de l'utérus. C'est une cause puissante d'infécondité, parce que la liqueur fécondante, au lieu d'être lancée sur l'ouverture du col, s'épanche dans l'un des culs-de-sac du vagin. J'ai vu dans quelques cas la ménorrhagie coïncider avec l'allongement hypertrophique du col utérin.

Traitement. — La teinture d'iode et l'iode à l'intérieur peuvent-ils diminuer cette hypertrophie ? Le fait est douteux. Les eaux d'Ussat ont rendu quelquefois ce vice de conformation beaucoup moins douloureux. L'*amputation* proposée et exécutée par Huguier sera applicable quand les souffrances développées par cette infirmité deviendront trop considérables.

LIVRE VI

MALADIES ET AFFECTIONS DU VAGIN

Nous décrirons le *catarrhe vaginal* et le *prolapsus du vagin*. Nous laisserons complètement de côté les *vices de conformation*, les *hernies* et les *fistules*, qui sont du ressort de la chirurgie. Nous croyons également inutile de répéter, à propos de la muqueuse vaginale, les symptômes présentés par la *diathèse épithéliale* et la *diathèse cancéreuse*, symptômes que nous avons déjà étudiés à propos des affections des autres organes.

CHAPITRE PREMIER

CATARRHE VAGINAL

Il est caractérisé par l'inflammation de la muqueuse vaginale et par l'hypersécrétion qui l'accompagne.

Ce catarrhe est presque toujours symptomatique de la blennorrhagie, de la chlorose, de la scrofule ou de la dartre.

Il existe une *forme bénigne* développée sous l'influence du froid ou d'un excès de coït et en dehors de l'influence de toute maladie. Cette forme est caractérisée par un sentiment douloureux de chaleur et de sécheresse dans le vagin, puis, au bout de quelques jours, par l'excrétion abondante d'un mucus puriforme plus ou moins épais.

La *blennorrhagie* du vagin présente des symptômes très-aigus : douleurs vives, coloration rouge écarlate de la muqueuse, sécrétion d'un mucus verdâtre. Elle se reconnaît principalement à la coïncidence d'un écoulement purulent uréthral. Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes de cette maladie que nous avons décrits dans un chapitre précédent.

Dans la *chlorose* et dans la *scrofule*, le catarrhe du vagin est très-chronique, sans douleurs et presque uniquement caractérisé par une *leucorrhée* abondante. Cet écoulement, tantôt très-liquide et ressemblant à du lait, tantôt épais et verdâtre, est quelquefois si abondant qu'il oblige les femmes à se garnir.

Le mucus du catarrhe vaginal présente toujours une réaction acide, ce qui le distingue du mucus utérin, qui est alcalin.

Chez les *dartreuses*, la leucorrhée est plus séreuse et s'accompagne d'un prurit insupportable.

Ces différents catarrhes ont une durée considérable et sont extrêmement rebelles.

Traitement. — Dans la forme bénigne, *aconitum*, *arnica* et quelques bains tièdes constituent tout le traitement.

Dans la *forme chronique*, *mercurius*, *sepia*, *pulsatilla*, *calcarea* et *iodium* constituent les médicaments principaux.

Mercurius convient principalement quand la leucorrhée s'accompagne de chaleur et de douleur dans le vagin. L'écoulement est purulent, corrosif et s'accompagne de démangeaisons à la vulve.

Calcarea carbonica est le médicament principal de la leucorrhée chez les scrofuleuses. Il produit un écoulement blanc, opaque, liquide comme du lait et très-abondant. Souvent il s'accompagne d'un sentiment de brûlure dans le vagin et de prurit à la vulve.

Iodium convient dans des circonstances analogues à *calcarea*. L'écoulement de *iodium* est très-corrosif.

Sepia est le médicament principal de la leucorrhée ; il convient plus particulièrement dans la chlorose et dans l'anémie. Mais il réussit souvent dans d'autres circonstances. L'écoulement de *sepia* est liquide comme de l'eau, fort abondant et diversement coloré ; il s'accompagne de démangeaisons à la vulve et de ballonnement du ventre. Quelquefois, l'écoulement est plus épais et puriforme. Employé à la 2[e] et à la 1[re] trituration pendant les intervalles qui séparent les règles, ce médicament m'a rendu les plus grands services.

Kreosotum est indiqué par un écoulement corrosif avec épuisement, fatigue dans les jambes, douleurs d'élancement et de crampes dans le vagin. Ce médicament convient aux femmes dont les règles sont très-fortes.

Pulsatillà convient à la leucorrhée des chlorotiques : écoulement puriforme très-épais, corrosif, revenant avant et après les règles. J'emploie ces médicaments de la 6e à la 30e dilution.

Des pansements avec la poudre d'amidon, contenant de l'arsenic au 1000e, constituent un mode de traitement très-efficace. La teinture d'iode étendue des 2/3 d'eau m'a réussi dans quelques cas. D'autres fois, le *tannin* en poudre introduit dans le vagin et maintenu avec un tampon de ouate.

CHAPITRE II

PROLAPSUS DU VAGIN

L'habitude de retenir les urines trop longtemps, la constipation et les efforts violents de défécation, des grossesses multipliées, mais surtout la perte d'élasticité ou la rupture du muscle constricteur du vagin, sont les causes du prolapsus du vagin, prolapsus qui entraîne presque toujours celui de l'utérus.

Ce prolapsus est caractérisé par la présence d'une tumeur réductible à l'entrée de la vulve. Tantôt c'est la paroi antérieure, tantôt la paroi postérieure, tantôt toute la circonférence du vagin qui descend. La vue et le toucher font reconnaître aisément cette lésion, qui s'accompagne d'un sentiment de faiblesse et d'une leucorrhée plus ou moins abondante.

Le **traitement** est le même que celui de la descente de la matrice.

LIVRE VII

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA VULVE

La vulve présente à étudier des *vices de conformation* et des *anomalies*, des localisations *syphilitiques*, *dartreuses*, *cancéreuses* et *épithéliales;* de l'*œdème*, des *loupes*. La *blennorrhagie* peut se localiser sur la vulve, comme elle se localise sur le prépuce de l'homme. Les grandes lèvres sont le siége de *kystes* et d'*abcès*. La *gangrène* de la vulve s'observe presque aussi souvent et dans les mêmes circonstances que la gangrène de la bouche. Enfin, on observe très-fréquemment, chez les femmes à l'âge de retour, une affection extrêmement pénible, le *prurit de la vulve*.

De toutes ces affections, dont la plupart sont chirurgicales, dont les autres, comme le cancer, ne présentent rien de particulier quand elles siégent à la vulve, nous ne décrirons que l'*abcès* des grandes lèvres et le *prurit* de la vulve.

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS DES GRANDES LÈVRES

Ils sont superficiels ou profonds; ils peuvent siéger dans la glande vulvo-vaginale.

Les abcès superficiels naissent habituellement à la suite de frottements répétés, de marches prolongées, d'excès de coït. J'en ai observé des cas chez des filles vierges. Ils débutent par un mouvement fébrile et par une douleur dans l'une des lèvres. Cette lèvre se tuméfie rapidement, devient extrêmement douloureuse, et la fluctuation apparaît à la fin du premier septénaire. L'abcès tarde habituellement à s'ouvrir parce que la peau de cette région est très-résistante.

Les **abcès profonds** ne se développent qu'à la suite de l'accouchement. Ils marchent rapidement et deviennent considérables ; ils s'accompagnent d'un mouvement fébrile intense, d'une tuméfaction souvent énorme ; la fluctuation y apparaît de bonne heure, et ils s'ouvrent aussi vite à l'extérieur. Ces abcès proviennent souvent de la transformation en pus du sang épanché.

Les **abcès de la glande de Bartholin** sont assez fréquents ; ils se développent avec les mêmes symptômes généraux. Quand l'abcès se développe avec la glande elle-même, la grande lèvre est gonflée, pendante, et contient dans son intérieur un noyau de la grosseur d'une prune. Ce noyau est dur et douloureux. L'abcès marche assez vite et s'ouvre surtout par la face muqueuse des lèvres. Quand l'abcès siége dans le canal excréteur de la glande, la grande lèvre malade est plus courte que l'autre et la petite lèvre est dure et tuméfiée. Cet abcès se vide souvent par le canal excréteur.

Traitement. — *Mercurius* est le médicament de la première période de ces abcès. On le prescrit à la 3e dilution. Peut-être *apis mellifica* conviendrait dans le même cas. Plus tard, quand l'abcès est formé, *hepar sulfuris*, 3e trituration, à l'intérieur ; et de plus une pommade avec 1 gramme de la première trituration sur 10 grammes d'axonge avance considérablement l'évacuation du pus.

Les bains, les cataplasmes constituent des adjuvants fort utiles.

Si la fluctuation est évidente, l'ouverture de l'abcès par le bistouri abrége beaucoup la maladie.

CHAPITRE II

PRURIT VULVAIRE

Cette affection est très-fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la ménopause. Elle est due à une hyperesthésie de

la peau et de la muqueuse vulvaire ; elle s'étend très-souvent à la muqueuse vaginale.

Ce prurit existe souvent indépendamment de toute autre affection des organes génitaux. D'autres fois, c'est un épiphénomène du catarrhe, de la métrite et surtout du cancer de l'utérus ; il existe souvent comme un symptôme du diabète.

Le prurit vulvaire est toujours plus intense à l'époque des règles ou immédiatement après ; il y a des cas où il est intolérable et excite la femme à se gratter et à s'écorcher d'une manière atroce. Chez les très-vieilles femmes, il s'accompagne quelquefois d'excitations génésiaques extrêmement pénibles. La durée de cette affection est indéterminée.

Traitement. — *Lycopodium*, *conium*, *natrum muriaticum*, *carbo vegetabilis* et *sulfur* sont les principaux médicaments du prurit vulvaire. *Lycopodium* et *conium* nous ont souvent réussi.

Lycopodium est indiqué par un prurit cuisant et brûlant avec excitation vénérienne.

Le prurit du *conium* n'existe pas seulement à la vulve, il pénètre encore profondément dans le vagin.

Collinsonia a guéri le prurit vulvaire même chez des femmes enceintes.

Quand l'amélioration tarde à se produire par l'action des médicaments, il faut employer des *applications externes*. Un mélange de 2 grammes de chloroforme et de 30 grammes d'huile d'amande douce est un moyen très-efficace. On l'applique avec un pinceau sur les parties malades. La poudre d'alun, mélangée par parties égales ou en plus forte proportion avec de l'amidon rend quelquefois des services, Enfin. nous devons encore signaler les lotions très-chaudes d'eau contenant un 100 ou un 50ᵉ de sublimé corrosif. Ce moyen est préconisé par Trousseau.

LIVRE VIII

MALADIES ET AFFECTIONS DES OVAIRES

Les ovaires sont souvent le siége de congestions violentes et douloureuses; ils sont habituellement englobés dans les inflammations et les abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque. L'inflammation blennorhagique peut se propager jusqu'à ces organes, quoique le plus souvent elle s'arrête au péritoine rétro-utérin; enfin ils sont le siége de *cancers*, de *tubercules*, d'*hydatides*, de *tumeurs fibreuses*, de *grossesses extra-utérines* et d'une affection malheureusement trop fréquente, les *kystes* de l'ovaire.

Nous décrirons seulement les *ovarites* et les *kystes* de l'ovaire.

CHAPITRE PREMIER

OVARITE

Les auteurs décrivent une *ovarite aiguë* et une *ovarite chronique*, mais leurs descriptions sont encore trop fantaisistes pour que nous les reproduisions.

On a décrit généralement sous le nom d'*ovarite aiguë* des fluxions ovariques, des pelvi-péritonites, des abcès du ligament large. Le mouvement fébrile ressemble un peu à celui de la péritonite; la douleur dans la fosse iliaque est un symptôme constant; mais le gonflement de l'ovaire décrit par les auteurs ne peut jamais, d'après Scanzoni, être constaté par le toucher, à moins qu'il ne coexiste un phlegmon du ligament large.

Ces affections, dont l'étiologie est aussi imaginaire que la symptomatologie, se terminent par *résolution* ou par la formation d'un *abcès*. Dans ce dernier cas, le pus peut se faire jour dans la cavité abdominale et donner lieu à une péritonite mortelle; d'autres fois le pus s'évacue par la trompe, par l'utérus, par le vagin, par la vulve et par le rectum.

L'histoire de l'ovarite chronique est plus obscure que celle de l'ovarite aiguë. La plupart des observations se rapportent à des cas de kystes de l'ovaire commençant.

Traitement. — Le *traitement* de l'ovarite aiguë est celui de la pelvi-péritonite et du phlegmon du ligament large.

Hamamelis. — Dans les cas de névralgie ovarique et d'ovarite ce médicament a donné d'excellents résultats, de même que dans l'orchite qui est à l'homme ce que l'ovarite est à la femme.

Platina, lachesis et *apis*, sont les médicaments qui m'ont le plus souvent réussi contre les *douleurs chroniques* siégeant dans l'ovaire.

CHAPITRE II

KYSTES DE L'OVAIRE

Les *kystes* de l'ovaire se distinguent en deux grandes classes : les *kystes de la vésicule de Graaf*, les *kystes du parenchyme*, ou *multiloculaires*, et les *kystes pileux*.

Les kystes des vésicules de Graaf, kystes séreux, kystes uniloculaires, ne sont autre chose qu'une hydropisie de la vésicule de Graaf. Chez certaines femmes, et dans des conditions que nous ne connaissons pas bien, une ou plusieurs des vésicules de Graaf subissent le développement qui précède la ponte, puis elles ne se rompent pas ; la ponte est incomplète, souvent les règles manquent ou sont fort peu abondantes, et la femme est stérile, au moins à cette période cataméniale. Cette vésicule ainsi dilatée se développe plus ou moins vite ; chaque époque menstruelle ajoute habituellement à son volume, et, chez certaines femmes, elles arrivent à remplir toute la cavité abdominale. Habituellement plusieurs vésicules sont atteintes ; mais une seule prend un grand développement ; si plusieurs grossissent simultanément, il y a plusieurs kystes qui peuvent

s'accoler, communiquer, et constituer ainsi une sorte de kyste multiloculaire, mais toujours radicalement différent de celui que nous décrirons dans un instant.

Le kyste de la vésicule de Graaf contient un liquide séreux, limpide, peu ou point albumineux.

Les symptômes de cette espèce de kyste sont, au début, des accès de douleur excessive, simulant la péritonite partielle et revenant à de longs intervalles; ces accès douloureux, qui peuvent se prolonger pendant toute la durée du kyste, manquent souvent complètement.

Le kyste se développe très-lentement et ne gêne guère que par son volume; il finit par amener un état de cachexie, par les troubles de la respiration et de la digestion qu'entraîne son volume excessif; ou bien par l'épuisement que déterminent les ponctions répétées. Le kyste de l'ovaire communique quelquefois avec la trompe et peut se vider spontanément, mais habituellement il se reproduit. Quelquefois la distension énorme qu'il subit amène sa rupture pendant un effort ou à la suite d'une violence extérieure, le liquide s'épanche dans l'abdomen et détermine l'inflammation du péritoine et la mort. Cependant il existe quelques exemples de guérison à la suite de cet accident.

Le kyste peut s'enflammer et le liquide séreux se transformer en pus; on a alors un vaste abcès qui peut s'ouvrir dans l'intestin, la vessie, le vagin ou l'utérus. Cette terminaison est presque constamment mortelle.

Le **diagnostic** du kyste de l'ovaire s'obtient par la *palpation*, la *percussion* et le *toucher*. La *palpation* fait reconnaître une tumeur arrondie et liquide occupant, au moins au début, l'une des fosses iliaques. Cette tumeur est fluctuante. La *percussion* la limite exactement et fait reconnaître que les intestins sont repoussés du côté opposé du ventre. Le *toucher* fait constater la tumeur dans l'un des culs-de-sac vaginaux, et, tout à fait au début, permet de reconnaître la maladie.

Traitement. — Les médicaments échouent presque con-

stamment dans le traitement de cette maladie; cependant on cite des cas de guérison par *bryonia* et *lycopodium* : on a aussi conseillé *iodium*, *apis*, *cannabis* et *sabina*.

Le véritable traitement de cette espèce de kyste consiste dans les *injections iodées* d'après la méthode que nous avons préconisée.

On fait une ponction avec un trocart étroit et long; on retire assez de liquide pour rendre la respiration facile et on injecte 200 grammes d'*eau iodée* (eau saturée d'iode), qu'on abandonne dans le kyste : on recouvre le ventre de collodion élastique, et la malade garde un repos complet. Cette opération est beaucoup plus inoffensive que celles préconisées par Boinet; elle est aussi efficace; on peut la répéter au besoin.

Kystes du parenchyme ou multiloculaires. — Cette affection est bien plus grave que la précédente; elle débute par la formation d'un kyste dans le parenchyme de l'ovaire; ce kyste est dû à l'écartement des lames du tissu cellulaire de l'ovaire; ce kyste grossit; ses parois donnent naissance à d'autres kystes de même nature, qui eux-mêmes produisent souvent d'autres kystes. En sorte qu'il se forme une tumeur composée de cavités innombrables, communicantes pour la plupart; mais, au milieu de tous ces kystes, un ou plusieurs prennent un grand développement et constituent la plus grande partie de la tumeur.

Le liquide renfermé dans ces kystes n'est jamais limpide; il est souvent rougeâtre, épais, quelquefois analogue à du miel ou à du tissu colloïde.

Le kyste du parenchyme produit une cachexie plus rapide; il se reconnaît habituellement à la difficulté de la fluctuation et souvent à des bosselures.

Traitement. — Les injections iodées échouent constamment, et c'est pour ce genre de kyste qu'on a surtout préconisé l'extirpation de la tumeur et de l'ovaire. Cette opération très-audacieuse a donné un grand nombre de succès.

Cannabis sativa a paru dans certains cas être curatif des kystes de l'ovaire.

Kali bromidium à aussi fourni quelques exemples de guérison de kystes ovariques. *Colocynthis*, d'après le Dr C. Dunham amena la disparition d'une tumeur ovarique chez une dame à qui il l'administrait à cause de la présence des symptômes caractéristiques de ce médicament dans l'abdomen et dans la hanche.

Kystes pileux. — Ce sont des tumeurs enkystées de l'ovaire contenant des tissus humains : poils, dents, graisse, traces de peau et de muscle, des fragments d'os. Ces tumeurs restent souvent indolentes pendant toute la vie des malades, d'autres fois elle grossissent beaucoup, s'enflamment et suppurent. Ces abcès peuvent s'ouvrir soit dans l'intestin, soit à la peau et guérir complètement ; mais ils peuvent aussi entrainer la mort par épuisement des malades. Enfin ces abcès peuvent s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle.

Velpeau croit que quelques-uns de ces kystesont été produits par la même action qui a donné naissance à la personne qui les porte, ce serait comme un fœtus incarcéré ; d'autres tumeurs ne seraient que des grossesses extra-utérines. Dans une troisième classe les tissus (cheveux, dents, etc.) seraient le produit du kyste lui-même.

Traitement. — Il n'y a rien à faire tant que la tumeur est stationnaire ; quand elle est suppurée il faut agir comme dans les cas d'abcès du petit bassin.

LIVRE IX

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA MAMELLE.

Ces affections sont presque toutes du domaine chirurgical; nous nous bornerons donc à donner aux médecins les stricts renseignements qui sont nécessaires pour l'application des médicaments : nous décrirons la *fluxion* des glandes mammaires, les *inflammations du sein*, les *gerçures du mamelon;* nous dirons un mot des *tumeurs du sein*, et nous passerons complètement sous silence les *vices de conformation*, les *atrophies* et les *hypertrophies.*

CHAPITRE PREMIER

FLUXION DU SEIN

C'est un accident fréquent à la suite des couches et pendant la lactation. Il est dû à l'impression du froid ou à la rétention du lait; il siége d'un seul côté. Le sein devient très-volumineux, très-dur; il conserve sa forme habituelle, mais il présente un grand nombre de bosselure; il est le siége d'une grande chaleur et d'une douleur tensive extrèmement pénible. Cette fluxion peut durer plusieurs jours; elle se termine le plus souvent par résolution. Cependant elle peut n'ètre que la première période d'un véritable phlegmon; on encore de ces tumeurs laiteuses constituées par la dilatation ou la déchirure des canaux galectophores.

Traitement. — *Belladona* est le meilleur médicament : on l'emploie à la 3e dilution, 3 gouttes dans une potion, une cuillerée toutes les deux heures. *Chamomilla* vient aprés *belladona.* On aidera beaucoup au succès du traitement par des onctions d'huile d'olive, par des succions pratiquées doucement mais

suffisantes pour dégager la glande mammaire. Le sein sera recouvert d'une feuille de ouate.

Bryonia. Toutes les fois que par suite de la première montée du lait, ou d'un froid pris pendant l'allaitement, ou d'un sevrage brusque, le sein deviendra gonflé, tendu, noueux et douloureux, la bryone résoudra presque certainement l'inflammation et préviendra la formation des abcès.

Phytolacca a souvent guéri l'engorgement inflammatoire des mamelles.

CHAPITRE II

GERÇURE DES MAMELONS

C'est une petite maladie extrêmement douloureuse et qui a souvent pour conséquence directe la formation d'un abcès du sein et la cessation de l'allaitement. Ces gerçures apparaissent le plus souvent à la base du mamelon, elles se creusent, se recouvrent d'une croûte sous laquelle se trouve souvent un pus épais; elles saignent facilement et sont si douloureuses qu'il faut à la femme un véritable courage pour continuer l'allaitement. Dans les cas heureux, les gerçures se guérissent après quinze jours ou trois semaines de durée; mais quelquefois elles se creusent de plus en plus, déterminant des abcès, et quelquefois la chute du mamelon.

Les gerçures sont surtout fréquentes chez les primipares.

Traitement. — *Prophylaxie.* — On évitera souvent la formation des gerçures en faisant l'éducation du mamelon pendant les derniers mois de la grossesse. Des lotions avec de l'eau-de-vie, pratiquées matin et soir; et surtout l'habitude de porter des globes en verre qui reçoivent dans leur cavité le mamelon et forment le bout de sein, sont d'excellentes précautions. L'usage de *bout de sein* en caoutchouc pendant l'allaitement préserverait efficacement le mamelon; mais il est rare de rencontrer des nouveau-nés qui puissent téter avec ces instruments.

Le *traitement* curatif se compose surtout d'applications extérieures. Au début de l'affection on se sert avec avantage d'un *glycérolé d'arnica* au 20e, qu'on applique chaque fois que l'enfant a tété. Si l'ulcération se creuse malgré cette médication, on emploiera un *glycérolé d'iode* au 20e et même au 10e. Si ce moyen ne suffit pas, quelquefois un glycérolé au borax dans les mêmes proportions réussit mieux. Comme médicament on a recommandé : *arnica*, *chamomilla*, *sulfur*, *calcarea*, *mercurius*, et *silicea*.

Jahr recommande de commencer par *arnica*, et, si ce remède ne suffit pas, de passer à *sulfur*.

Causticum convient si les gerçures ne sont qu'une extension de l'eczéma du mamelon.

Graphites est indiqué quand la gerçure est précédée de phlyctène.

Sulfur si les gerçures sont saignantes et s'accompagnent d'une douleur *brûlante*.

Castor equi a donné d'excellents résultats dans cette affection si douloureuse.

CHAPITRE III

PHLEGMON ET ABCÈS DU SEIN

On en décrit quatre espèces : phlegmon du tissu cellulaire superficiel, phlegmon du tissu cellulaire profond ou sous-mammaire, phlegmon de l'aréole ou abcès tubéreux, phlegmon de la glande mammaire.

Les phlegmons et abcès du tissu cellulaire superficiel ne présentent rien de spécial, ils marchent comme dans toutes les autres régions ; seulement il faut être prévenu de leur existence pour ne pas les confondre avec l'abcès de la glande mammaire.

Le phlegmon du tissu cellulaire du sein marche très-vite, il s'accompagne promptement de rougeur à la peau et présente une fluctuation complète à la fin du premier septénaire.

Traitement.. — Au début *solubilis*, puis *hepar sulfuris* et *silicea*, quand la suppuration est formée. Dès le début, on recouvre

le sein d'une couche épaisse de collodion. Il faut ouvrir ces abcès aussitôt que la fluctuation est perceptible. On peut continuer l'allaitement.

Phlegmon et abcès sous-mammaires. — Si on retranche les abcès dus à la propagation d'une pleurésie purulente et ceux qui sont liés à la carie des côtes, les phlegmons sous-mammaires sont excessivement rares. Ils s'accompagnent d'un mouvement fébrile violent; ils déplacent le sein en masse et le repoussent en avant. La pression exercée sur le sein donne une sensation d'élasticité comme si l'organe reposait sur une vessie pleine; un œdème variable se montre au pourtour de la mamelle, et la fluctuation est bientôt manifeste.

Traitement. — Le même que précédemment, mais seulement il est moins efficace. Il faut ouvrir aussitôt que possible en bas et en dehors : ou en bas et en dedans, suivant le côté sur lequel les femmes restent couchées.

Phlegmons et abcès de l'aréole.—Ils sont petits, multiples. Les abcès font une grande saillie et produisent de petites tumeurs violacées qui s'ouvrent facilement; ils sont presque constamment la suite des gerçures du mamelon. S'ils tardent à s'ouvrir, il faut les ponctionner avec la pointe d'un bistouri.

Phlegmons et abcès de la glande mammaire. — Comme les précédents, il sont souvent une suite des gerçures du mamelon; ils ne surviennent guère que pendant la grossesse ou pendant l'allaitement; cependant j'en ai observé un cas chez une vierge. L'époque à laquelle ils se montrent le plus souvent s'étend du 15e jour à la fin du 4e mois.

Ces phlegmons sont plus petits que ceux du tissu cellulaire; ils marchent beaucoup moins vite et n'arrivent à suppuration qu'au milieu ou à la fin du second septénaire. Comme le pus pénètre dans les canaux galactophores, il est prudent de suspendre l'allaitement lorsque le phlegmon est arrivé à suppuration. Ces abcès sont multiples et se développent successivement, quelquefois pendant plusieurs semaines. Velpeau en a compté 33 sur le même sein.

Traitement. — *Belladona* et *phosphorus* au *début;* puis *hepar sulfuris* et *silicea* pendant la période de suppuration.

Belladona est le médicament principal donné au début à la 3e dilution, une cuillerée toutes les deux heures. Je l'ai vu guérir rapidement le phlegmon de la mamelle, et c'est à tort que ni Hahnemann, ni Richard Hughes ne parlent de ce médicament.

Phosphorus convient après belladona quand ce médicament n'a pas suffi pour arrêter le phlegmon. C'est encore le médicament indiqué quand la suppuration est établie comme le prouve ce passage de Hahnemann : gonflement, rougeur, élancement, enfin suppuration du sein; et celui-ci : inflammation du mamelon et de tout le sein gauche avec grande douleur et suppuration au bout de dix jours.

Silicea vient ensuite quand la période inflammatoire aiguë est tombée.

Phytolacca s'est aussi montré très-utile, dans les abcès du sein lorsque la suppuration était établie et même lorsqu'il y avait des fistules.

Le collodion élastique est bien préférable aux cataplasmes par ses propriétés anti-inflammatoires, et par la douce compression qu'il exerce sur le sein. Il est bon, au début, de dégorger le sein avec la pompe ou avec une ventouse; mais, si les abcès menacent de se multiplier, il faut suspendre l'allaitement.

CHAPITRE IV

TUMEURS DU SEIN

Une division pratique consiste à distinguer des *tumeurs bénignes* et des *tumeurs malignes*, les dernières comprenant toutes les variétés du *cancer du sein* et les autres toutes les tumeurs formées de tissu fibreux, ou constituées par l'hyperplasie du tissu glandulaire. Nous ne pouvons entrer ici dans la description détaillée de toutes ces tumeurs, nous nous bornerons à donner les signes distinctifs à l'aide desquels on arrive à distinguer le cancer du sein des autres tumeurs.

Le cancer siége habituellement dans un seul sein ; il est rarement douloureux au début ; plus tard il est le siége de douleurs lancinantes, il devient rapidement immobile parce qu'il adhère très-vite aux muscles sous-jacents et à la peau. Cet envahissement de la peau détermine d'abord la rétraction du mamelon, l'immobilité de la peau sur la tumeur, son changement de coloration, puis son ulcération. L'engorgement des ganglions axillaires et les phénomènes de la cachexie sont des signes certains de la nature cancéreuse de la tumeur.

Toutes les *formes* du cancer peuvent se localiser sur le sein, elles impriment à l'affection sa marche et sa durée ; la *forme chronique* s'y observe fréquemment.

Traitement. — Tous les traitements échouent dans le cancer ; l'usage prolongé de *conium* mais surtout d'*arsenicum* de la 6e à la 30e dilution m'ont toujours semblé modérer la marche des accidents et éloigner la cachexie.

Hydrastis canadensis intus et extra est très-vanté par les médecins américains dans le traitement du cancer du sein. Nous avons vu que c'était un remède puissant contre les ulcérations de mauvaise nature, nous conseillons donc de l'essayer quoique nous n'ayons encore que des améliorations par ce médicament.

Quand le cancer est ulcéré, on se trouve bien d'un pansement avec de la charpie imbibée du mélange suivant : eau et alcool parties égales, arsenicum au 10,000e. Si l'alcool n'a pas une action favorable, on le remplace par un glycérolé ou une pommade. L'acide phénique au 1,000e est un bon palliatif quand l'ulcère développe une grande fétidité ; mais nous préférons l'eau additionnée d'hydrate de chloral dans la proportion de 1 et 2 grammes pour 100 grammes d'eau.

Murex purpurea m'a rendu de véritables services dans le traitement des tumeurs bénignes douloureuses. Ce médicament calme presque infailliblement la douleur.

Conium maculatum vient ensuite ; on peut encore l'employer à l'extérieur sous forme de glycérolé au 10e ou au 20e.

VINGT-UNIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE

Le *phlegmon*, l'*anthrax*, le *furoncle*, l'*anasarque*, les épanchements de *sang* et d'*air ;* les localisations *tuberculeuses*, *cancéreuses*, *syphilitiques*, les *hydatides*, les *loupes*, sont les principales affections du tissu cellulaire.

La plupart de ces affections sont du domaine de la chirurgie. Cependant, nous en dirons quelques mots afin d'en tracer le traitement médical et d'être fidèle à notre titre de *médecine pratique.*

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMON

Le phlegmon se présente sous deux formes : *phlegmon circonscrit* et *phlegmon diffus.*

I. Phlegmon circonscrit. — Il est caractérisé anatomiquement par l'inflammation du tissu cellulaire ; mais dans cette forme l'inflammation est exactement limitée, et constitue une tuméfaction circonscrite.

Le phlegmon débute par une douleur aiguë dans un point du corps ; par un gonflement dur et circonscrit ; par une augmentation de chaleur dans le point malade ; et, quand l'inflammation est superficielle, par une rougeur circonscrite. Si le phlegmon est considérable, il s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile intense avec frisson au début. Les symptômes augmentent d'intensité pendant les premiers jours; puis se maintiennent dans un état stationnaire jusqu'à ce que la suppuration soit

faite, du septième au neuvième jour ; à moins que le phlegmon ne se termine par résolution, ce qui est rare,

Quand l'abcès est formé, le malade éprouve un moment de repos ; puis le travail pour l'élimination du pus ramène les douleurs. L'abcès s'ouvre plus ou moins rapidement suivant sa profondeur ; et souvent le malade éprouve plusieurs périodes de redoublement, séparées par un calme relatif, jusqu'à ce que l'abcès soit ouvert ; cette ouverture termine la maladie, et la citatrisation est très-rapide.

Traitement. — *Bryonia* et *mercurius* sont les deux médicaments du début. *Bryonia* convient au phlegmon avant la suppuration, *mercurius* lorsque les douleurs pulsatives annoncent que l'abcès commence à se former. J'ai obtenu la résolution du phlegmon avec ces deux médicaments. *Phosphorus* a encore été conseillé dans ce cas. Si l'abcès est formé et que la fluctuation soit manifeste, *silicea* est le médicament principal. Plusieurs médecins homoepathes attribuent à *hepar sulfuris* la propriété de favoriser l'ouverture des abcès.

Dans le pheglemon des 3es et des 6es dilutions.

Un enduit de collodion élastique constitue un fort bon adjuvant et est préférable aux cataplasmes. Ces derniers conviennent mieux quand on a renoncé à l'espoir de résoudre le phlegmon. Le moment d'ouvrir l'abcès est indiqué par les redoublements qui signalent le travail d'élmination du pus.

II. PHLEGMON DIFFUS. — Il ne se limite pas le comme précédent ; il s'étend à la manière des érysipèles et occupe de grandes surfaces. C'est une maladie bien grave qui se termine souvent par la mort, et laisse presque toujours, quand elle guérit des cicatrices considérables et des difformités.

Le phlegmon diffus débute par un mouvement fébrile intense et une rougeur érysipélateuse d'une partie du corps. Cette rougeur recouvre une tuméfaction dure et diffuse, qui s'étend de jour en jour, s'accompagne d'une douleur brûlante extrêmement violente. Si c'est un membre qui est atteint, il se tuméfie, entièrement, comme dans l'œdème ; il est rouge, vialacé

par place, la consistance de la partie malade et variable ; dure dans un point, elle présente ailleurs la consistance de l'œdème, et, par place, une véritable fluctuation. Ce dernier symptôme se généralise de plus en plus; la peau se décolle, les muscles se dissèquent, le tissu cellulaire et les aponévroses se mortifient; le phlegmon s'ouvre, par un grand nombre de points, d'où s'écoule abondamment un pus sanguinolent, mêlé de débris de tissus.

Si le malade résiste à ces désordres, les parties mortifiées s'éliminent peu à peu ; et après six semaines, deux mois et plus, la guérison a lieu, laissant des cicatrices considérables, des jointures ankylosées et des difformités permanentes.

Traitement. — *Belladona* et *lachesis* sont les deux médicaments du phlegmon diffus. *Lachesis* surtout répond bien à l'ensemble de symptômes ; la piqûre des serpents détermine de véritables phlegmons diffus. La clinique a du reste confirmé ces données pathogénétiques.

Si on n'a pu éviter les énormes suppurations, on fera bien d'alterner *silicea* avec *lachesis.*

Les chirurgiens conseillent de faire sur le phlegmon diffus des débridements profonds et nombreux.

CHAPITRE II

FURONCLE

Le furoncle est une inflammation d'une petite masse de tissu cellulaire dont les filaments arrivent à une insertion unique sur une aréole du derme (Alph. Guérin).

Cette affection est souvent symptomatique de la goutte et du diabète ; elle se développe après des excès de bonne chère, après les bains sulfureux, les bains froids et en particulier après les bains de mer.

Le furoncle débute par une papule dure, douloureuse, sur-

montant un engorgement plus profond, et terminé bientôt par une vésico-pustule. Cette vésico-pustule s'ouvre, laisse échapper une sérosité sanguinolente, puis à grand'peine, et seulement le lendemain ou le surlendemain, le tissu cellulaire enflammé qui s'est infiltré de lymphe plastique, puis mortifié.

Les furoncles ne s'accompagnent pas de symptômes généraux, ils sont souvent multiples et se succèdent pendant plusieurs semaines chez le même malade.

Traitement. — *Silicea* 6e est le meilleur médicament; *hepar sulfuris* 3e et *arsenicum* 3e alternés s'opposent à la multiplication des furoncles.

Le collodion les fait quelquefois avorter; un onguent térébenthiné, celui de *Bossu* en particulier, les fait cicatriser très-vite.

CHAPITRE III

ANTHRAX

C'est un gros furoncle avec tendance à la mortification de la peau. Il présente deux degrés: l'*anthrax bénin* et l'*anthrax malin*.

Anthrax bénin. — Il a reçu encore le nom d'*anthrax furonculeux*. C'est à proprement parler un furoncle multiple; c'est-à-dire que l'inflammation, au lieu d'occuper une petite masse de tissu cellulaire unie à une seule aréole du derme, en occupe plusieurs; aussi l'anthrax bénin est-il beaucoup plus gros que le clou et s'ouvre-t-il par cinq ou six ouvertures.

L'anthrax malin se distingue du précédent par la gangrène de la peau et par son volume excessif.

L'anthrax malin est toujours une affection grave; il est habituellement symptomatique du diabète; et quand il survient en dehors de cette maladie, il produit souvent un diabète accidentel; circonstance fort importante pour le pronostic et qui doit empêcher d'attribuer au diabète tous les anthrax dans le

cours desquels les urines contiennent du sucre. J'ai observé un cas dans lequel la production du sucre disparut aussitôt la guérison de l'anthrax et ne se montra plus pendant toute la vie du malade.

L'anthrax est commun chez les goutteux. En dehors du diabète il ne se montre guère que chez les vieillards.

Le siége de prédilection de l'anthrax est la nuque, le dos, la face. Il acquiert un volume considérable, jusqu'à 10, 20, 30 centimètres de diamètre ; l'eschare est large comme la paume de la main.

L'anthrax s'accompagne d'un mouvement fébrile intense qui n'atteint son plus haut degré que quelques jours après le début; le mouvement fébrile s'accompagne d'une grande prostration.

Les symptômes locaux ressemblent d'abord à ceux du furoncle, mais la base s'élargit considérablement, la peau devient d'un rouge foncé, et toute la partie malade est le siége d'une douleur brûlante insupportable. Cette douleur ne se calme que lorsque la peau est gangrenée. L'eschare s'étend plus ou moins ; elle est noire et comparable à celle produite par la potasse. L'élimination se fait lentement ; un énorme bourbillon suit la chute de l'eschare ; puis la plaie se déterge, bourgeonne et se cicatrise. Mais il faut au moins six semaines ou deux mois pour l'évolution complète de l'affection.

Traitement. — *Arsenicum* est le médicament de l'anthrax ; je l'administre à la 3e trituration, 20 centigrammes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Je recouvre la tumeur de la pommade suivante : axonge, 10 gr. ; *arsenicum* 2e trituration, 1 gr. Si l'affection ne s'arrête pas, je remplace la 2e trituration par la première, 50 centigr.; puis 1 gr.

Je préfère *lachesis* à *arsenic* quand il existe une forte fièvre avec pouls petit, accéléré et irrégulier; nausées, vomissements bilieux; lypothimie et sueurs froides. Dans certains cas je me suis bien trouvé d'alterner les deux médicaments.

Apis mellifera a aussi été conseillé, il convient tout à fait au début et avant la mortification.

China est indiquer après arsenic et lachesis.

Silicea est indiquée après la chute de l'eschare.

Le débridement de l'anthrax est condamné par beaucoup de chirurgiens; il expose à l'érysipèle, à la diathèse purulente ; enfin, il n'arrête pas le développement de l'anthrax. Feldmann rapporte le cas d'un anthrax de 14 centimètres de diamètre, dans lequel le débridement multiple n'a pas empêché la tumeur d'atteindre un diamètre de près de 39 centimètres ! Je ne pratique jamais la *débridement* de l'anthrax et je n'ai qu'à me louer de cette abstention.

CHAPITRE IV

LOUPES

Les loupes sont des tumeurs enkystées contenant un graisse plus ou moins dure. Quand elles sont dures, arrondies, à surface lisse, elles portent le nom de *loupes* proprement dites. Elles siégent habituellement sur le crâne. Plus volumineuses, molles, présentant au toucher une foule de petits lobules, elles ont reçu le nom de *lipomes ;* elles siégent sur le corps et peuvent acquérir un volume considérable.

Les loupes ne gênent que par leur volume, elles sont rarement uniques ; il est fréquent de rencontrer des malades qui en portent 10 et 12. Les loupes peuvent s'enflammer, suppurer et guérir. Mais en dehors de cette terminaison elles n'ont aucune tendance à guérir ; elles s'accroissent lentement et restent quelquefois stationnaires.

Traitement — Jahr conseille : *calcarea*, *daphne*, *graphites* et *kali carbonicum*. Si on est obligé d'avoir recours à un traitement chirurgical, il faut éviter l'instrument tranchant qui peut entraîner et qui a entraîné plusieurs fois la mort des opérés ; les caustiques seuls doivent être appliqués au traitement des loupes. Pour les loupes vraies, il suffit de faire pénétrer au centre de la tumeur, à l'aide de la seringue de Pravaz, une goutte de teinture d'iode pour tuer le kyste, déterminer la suppuration et la guérison de la loupe.

CHAPITRE V

ANASARQUE

L'anasarque est l'hydropisie du tissu cellulaire ; on lui donne le nom d'*œdème* quand cette hydropisie est bornée à une région.

L'anasarque et l'œdème sont des symptômes communs à un grand nombre de maladies : affections du cœur et de l'aorte ; compression et oblitération des veines ; maladies de Bright et toutes les maladies dans lesquelles on rencontre de l'albuminurie. Enfin on a décrit une *anasarque essentielle ;* seulement, il est possible qu'on ait décrit sous ce nom des anasarques survenues dans la convalescence de scarlatines sans éruption, ainsi que nous avons eu l'occasion d'en observer.

L'anasarque essentielle débute habituellement par un mouvement fébrile, et l'enflure apparaît simultanément par tout le corps, ou au moins elle se généralise très-vite. Elle acquiert promptement son plus haut degré, n'y reste pas bien longtemps et disparaît assez vite.

En somme, c'est une maladie qui a une marche aiguë et qui semble se terminer toujours par la guérison. L'anasarque essentielle est un *œdème dur*, c'est-à-dire qu'on la déprime difficilement et qu'elle garde très-peu de temps l'empreinte du doigt. La peau est habituellement rosée.

L'anasarque essentielle s'accompagne d'œdème du poumon, qui produit une dyspnée plus ou moins intense.

Presque toujours l'anasarque survient à la suite d'un refroidissement.

Traitement. — Au début, *aconitum* que l'on continue pendant toute la durée du mouvement febrile.

Mais *apis mellifera* est, d'après les travaux tout récents, le médicament principal de l'anasarque fébrile.

Helleborus niger m'a rendu de si grands services dans l'anasarque scarlatineuse que je ne doute pas de son efficacité

dans l'anasarque essentielle. Je le prescris immédiatement après apis.

China et *arsenic*, indiqués par la pathogénésie, devront être prescrits, si la maladie résiste aux médicaments précédents.

CHAPITRE VI

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS

C'est une anasarque compliquée des phénomènes de l'asphyxie lente et qui, dans la plupart de cas, se termine rapidement par la mort.

Cette maladie débute dès les premières heures de la naissance, avant le troisième jour, chez les enfants faibles, nés avant terme et abandonnés. C'est surtout une maladie des *enfants trouvés*. Le *froid* est la cause occasionnelle la plus fréquente ; aussi l'*œdème* s'observe principalement en hiver.

La maladie débute par une coloration rouge violacée de tout le tégument, et par une teinte bleue asphyxique de la face et des lèvres.

L'*œdème* apparaît d'abord sur le dos du pied, puis à la face plantaire ; il gagne les jambes, envahit successivement les mains et les avant-bras, puis la face, les cuisses, les bras, le scrotum ou la vulve, l'hypogastre ; le thorax est rarement atteint. L'œdème est dur comme tous les œdèmes rapides ; cependant il garde parfaitement l'impression du doigt. En même temps que l'œdème se développe, la couleur violacée est remplacée par une teinte jaune terne, qui souvent envahit les sclérotiques. Mais le phénomène dominant est la diminution rapide de la calorification : le thermomètre placé dans la bouche peut descendre jusqu'à 26 degrés ; le pouls se ralentit en même temps ; les enfants ont un cri aigu, grêle et sans force; ils tiennent les yeux constamment fermés et refusent toute nourriture. La mort arrive rapidement vers le cinquième jour dans un coma asphyxique; quelquefois, la maladie subit un temps d'arrêt ; les enfants vont

mieux, puis ils retombent. La durée de la maladie peut se prolonger alors jusqu'au vingtième jour. Quand la maladie doit se terminer par la guérison, le cri devient plus fort, les yeux s'ouvrent, l'enfant se réchauffe et tète avec avidité.

Traitement. — *Arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *lachesis*, sont les médicaments qui correspondent le mieux à l'ensemble des symptômes ; mais nous manquons d'expériences cliniques. La chaleur extérieure, celle d'une bonne nourrice surtout, est une condition puissante pour la guérison.

VINGT-DEUXIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU MUSCULAIRE

Tous les produits morbides, *pus*, *cancer*, *tubercules*, peuvent se localiser sur le tissu musculaire; les *hydatides* s'y rencontrent quelquefois, et c'est le siége habituel des *trichines*. La fonction des muscles est troublée dans les *convulsions*, les *contractions* et les *rétractions*; leur tissu est altéré dans l'*atrophie* et la *dégénérescence graisseuse*; enfin, ils sont le siége de *douleurs* dans les *myalgies*. Nous ne décrirons que cette dernière affection, l'*atrophie musculaire progressive* ayant été étudiée avec les névroses.

CHAPITRE PREMIER

MYALGIE

C'est une affection caractérisée par une douleur d'un ou de plusieurs muscles, douleur qui augmente par le mouvement du muscle malade et disparaît habituellement dans le repos absolu. Cette douleur s'accompagne d'un léger degré de contracture, et, quand la myalgie devient chronique, le muscle malade se rétracte.

Tous les muscles du corps peuvent être le siége de cette affection, mais nous ne décrirons que les deux principales variétés : le *torticolis*, le *lumbago*. Il est facile de compléter l'histoire des myalgies en appliquant à chaque muscle ce que nous dirons de quelques-uns.

Art. Ier. — Torticolis

Le torticolis est une myalgie qui siége sur les muscles du cou. Cette affection peut atteindre le *sterno-cléido-mastoïdien* ou les muscles postérieurs du cou : *trapèze*, *splenius*, grand et petit *complexus*. Dans ce cas, l'affection est toujours beaucoup plus rebelle.

Cette affection, comme toutes les myalgies, survient principalement chez les hystériques et les goutteux. Mais elle se manifeste aussi en dehors de tout autre état morbide et constitue une maladie essentielle. La plupart des auteurs font de la *myalgie* un *rhumatisme musculaire*. Mais cette opinion repose uniquement sur ce fait que les myalgies se développent toujours à l'occasion d'un refroidissement. C'est là, nous l'avons déjà dit, un préjugé aussi faux qu'il est généralement répandu; jamais une circonstance étiologique de l'ordre des causes occasionnelles n'a suffi pour constituer une espèce morbide, et nous n'admettrons la nature rhumatismale des myalgies que le jour où des observations cliniques auront démontré une filiation entre cette maladie et le rhumatisme articulaire aigu.

Le *torticolis* est *bénin* ou *grave*. Dans le premier cas, il dure quelques jours, et dans le second, il se prolonge des semaines et a une grande tendance à se terminer par la rétraction musculaire.

Quand la douleur siége dans le *sterno cléido-mastoïdien*, le malade, pour éviter le mouvement du muscle douloureux, tient sa tête inclinée du côté affecté et la fait légèrement tourner du même côté; s'il veut redresser la tête et tourner la face du côté opposé, la douleur devient extrêmement vive et arrache un petit cri au malade. Cette douleur diminue après quelques jours, et la maladie ne laisse aucune trace.

Quand le torticolis occupe les muscles de la région postérieure, le malade tient la tête inclinée du côté affecté et dans une position qui place les muscles malades dans le relâchement, et varie avec les muscles atteints. Les mouvements sont ren-

dus impossibles par la douleur qui accompagne la contraction des muscles affectés.

Quand les douleurs sont très-vives, elles entraînent l'insomnie et une certaine pesanteur douloureuse de la tête.

Le torticolis présente souvent des alternatives d'aggravation et de rémission ; quelques-uns nous ont offert des rémittences complètes pendant quelques heures et une certaine régularité dans le retour des accès.

Quand le torticolis passe à l'état chronique, les douleurs diminuent beaucoup et finissent par disparaître ; mais la tête reste fixée dans une inclinaison vicieuse, et, après un temps variable, les vertèbres du cou participent à la déviation et la rendent irrémédiable. Si les malades sont abandonnés à eux-mêmes, les apparences de la difformité diminuent beaucoup par des inclinaisons volontaires qui corrigent un peu les déviations pathologiques.

Traitement.— *Belladona*, *bryonia*, *nux vomica*, sont les médicaments principaux du torticolis à la période aiguë. *Belladona* est celui qui nous a le plus souvent réussi ; il faut prescrire une première dilution, et souvent quelques gouttes de teinture mère.

Quand la maladie est intermittente, le sulfate de quinine à hautes doses devient le médicament le plus efficace.

L'*électricité* et le *massage* m'ont rendu des services dans quelques cas. Un appareil orthopédique qui lutte contre la rétraction musculaire est quelquefois nécessaire, mais il doit être continué longtemps. Dans les cas rebelles, il ne faut pas trop tarder à employer la *ténotomie*.

ART. II. — LUMBAGO.

C'est une myalgie très-fréquente et très-douloureuse qui siége sur les muscles *sacro-lombaires*.

On l'observe très-fréquemment chez les goutteux. Le lumbago débute quelquefois tout à coup à la suite d'un effort musculaire. Ordinairement il commence plus lentement et survient

à la suite de fatigue des muscles lombaires, bien plus souvent qu'après un refroidissement, circonstance étiologique importante à retenir pour écarter le préjugé qui regarde toutes les myalgies comme des rhumatismes.

La douleur siége quelquefois d'un seul côté; plus souvent elle occupe les deux avec une prédominance à droite ou à gauche. Quand le malade est debout, il marche courbé en avant et quelquefois incliné de côté, de manière à tenir dans le relâchement les muscles malades ; s'il veut se redresser, il éprouve une douleur violente, qui disparaît lorsque le muscle malade est au repos. Les douleurs reparaissent au moindre mouvement, et dans les accès forts le malade est complètement immobilisé; la toux, l'éternuement, répondent douloureusement dans le point affecté.

Comme le torticolis, le lumbago est souvent *bénin* et se dissipe après trois ou quatre jours ; d'autres fois il est *grave* et passe à l'état chronique. Si on ne peut pas le guérir, il entraîne une déviation de la colonne vertébrale.

Traitement.— *Nux vomica*, *bryonia* et *sulfur* sont les médicaments principaux dans la période aiguë.

Pour *nux vomica* et *bryonia*, il faut prescrire des premières dilutions, 20 à 25 gouttes dans une potion de 200 grammes. Si la douleur résistait, il faudrait s'adresser à la teinture mère. *Nux vomica* est ici le médicament principal. Le D[r] Cretin prescrit ce médicament à la dose de plusieurs gouttes de teinture mère.

Quand le *lumbago* est passé à l'état chronique, *rhus* et *sulfur* constituent les deux meilleurs médicaments. Les douches de vapeur, le massage, l'électricité et les eaux minérales sulfureuses amènent habituellement une guérison complète.

VINGT-TROISIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES ARTICULATIONS

Les articulations sont le siége de maladies et d'affections bien diverses : *lésions traumatiques*, *corps étrangers*, *arthrites rhumatismales*, *goutteuses*, *blennorrhagiques*, *syphilitiques; arthrites de la diathèse purulente; hydarthroses*, *tumeurs blanches*. La plupart de ces affections sont du domaine de la chirurgie ou ont été déjà décrites à propos d'autres maladies. Nous ne ferons donc ici que l'histoire de l'*hydarthrose* et de la *tumeur blanche*.

CHAPITRE PREMIER

HYDARTHROSE

L'hydarthrose est une affection caractérisée par un épanchement séreux dans une articulation; c'est l'hydropisie des synoviales.

Cette affection survient de préférence chez les scrofuleux, mais on l'observe aussi en dehors de cette maladie. L'impression du froid humide longtemps continué est la cause la plus fréquente du développement des hydarthroses; aussi les auteurs n'hésitent pas à faire de cette maladie une *affection rhumatismale*. Mais pour nous qui rejetons bien loin les *virus*, les *vices* et les fantaisies étiologiques, nous ne pouvons faire de l'hydarthrose une dépendance du rhumatisme et accepter une opinion fondée sur cette unique raison que le froid humide est une occasion de développement pour les deux maladies. Pour établir qu'il existe une hydarthrose rhumatismale, il faudrait

démontrer qu'il y a un rapport quelconque entre cette affection et un rhumatisme articulaire aigu antécédent; or, c'est ce qui n'a jamais été fait. L'hydarthrose, par ses symptômes, par sa marche, par ses terminaisons et son étiologie, se rapproche bien plus de l'hydrothorax que du rhumatisme articulaire. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à en faire une véritable hydropisie.

L'hydarthrose présente trois formes : une *forme commune*, une *forme bénigne*, et une *forme périodique*.

I. Forme commune. — C'est une maladie beaucoup plus sérieuse; elle débute d'une manière lente et fait des progrès peu sensibles; la douleur est souvent nulle et n'apparaît que lorsque la capsule articulaire est distendue par l'épanchement. L'absence de douleur est un signe diagnostic précieux pour distinguer l'hydarthrose de l'arthrite et de la tumeur blanche. L'épanchement met bien des semaines à se compléter; et les malades continuent à se servir du membre malade, quoique cependant ils ne puissent sans souffrance supporter ni un effort ni une fatigue.

La maladie reste ainsi stationnaire pendant un temps indéterminé, présentant de temps à autre des alternatives d'aggravation et d'amélioration ; elle se termine par résolution ou persiste indéfiniment. La rupture de la poche synoviale à la suite d'une violence extérieure est une terminaison rare et souvent heureuse. La *luxation spontanée* qui suit l'hydarthrose de la hanche est un mode très-fâcheux de guérison.

Après la guérison de cette forme, la jointure malade reste faible par suite du relâchement des ligaments. Cette maladie récidive souvent.

II. Forme bénigne. — Elle est caractérisée par une marche plus rapide et des symptômes plus accentués. L'épanchement se forme rapidement et est très-abondant; l'articulation se déforme, s'arrondit, et devient plus mobile. Dans les grandes articulations comme le genou, il est facile de sentir la fluctuation. Quand l'articulation est distendue par l'épanchement, elle

affecte une position qui varie avec chaque jointure. Pour le genou, c'est la demi-flexion. En même temps, la jointure est le siége d'une douleur sourde qui augmente quand on veut changer le degré de flexion ou d'extension.

Après quinze jours, trois semaines, la résolution commence et la maladie disparaît complètement, laissant pendant quelque temps encore une certaine roideur de l'articulation.

III. Forme périodique.— Cette forme est caractérisée par la production rapide d'une hydarthrose qui dure quelques jours, et disparaît aussi rapidement qu'elle est venue. Pendant l'intervalle des attaques, l'articulation paraît tout à fait saine.

Cette forme est très-rare, et je ne l'ai vue signalée nulle part; mais, depuis quelques années, j'en ai observé deux cas survenus chez des femmes scrofuleuses et anémiées par des règles trop fortes. Chez ces malades, l'hydarthrose, qui siégeait au genou, parcourait toutes ses périodes entre cinq ou six jours, les attaques revenaient tous les douze ou quinze jours.

Traitement.— Au début, et quand il y a des symptômes un peu aigus, *cantharis* et *apis mellifica* sont les deux médicaments principaux. Nous prescrivons *cantharis*, 3e, 2e et 1re, 3 à 10 gouttes dans une potion de 200 grammes, 3 cuillerées par jour; *apis* à la 3e trituration. La clinique nous permet de recommander *apis* comme le plus fidèle de ces deux médicaments.

Dans la période d'état, *sulfur*, *calcarea*, *mercurius*, mais surtout *iodium*; c'est avec ce dernier médicament que nous avons obtenu le plus de succès.

Dans les cas tout à fait rebelles, les frictions et même les injections iodées sont quelquefois nécessaires, et nous ont donné des guérisons radicales. Les injections doivent être faites avec de l'*eau iodée*.

La *compression* qui maintient en rapport les surfaces articulaires est un moyen adjuvant fort utile; jointe à l'*immobilité*, elle a suffi à guérir certains cas d'hydarthrose.

Dans la forme périodique de l'hydarthrose, les médicaments qui m'ont le mieux réussi sont *China* et *Chininum sulfuricum*, à basse dilution. Les bains avec les eaux-mères du Croisic ont eu une action curative incontestable dans deux cas.

CHAPITRE II

TUMEUR BLANCHE

C'est une affection scrofuleuse caractérisée par l'inflammation chronique d'une articulation, et le plus souvent par la production de *fongosités*.

Anatomie pathologique. — La synoviale s'injecte et s'enflamme ; elle se recouvre d'un exsudat fibrineux, et la couche épithéliale se détruit en totalité ou en partie ; la couche fibrineuse se vascularise, se transforme en tissu fibro-plastique végétant, analogue aux bourgeons charnus, et la *fongosité articulaire* est constituée. Ces fongosités végètent, augmentent, s'infiltrent d'un liquide épais, d'une sorte de gelée, traversent les capsules synoviales et viennent faire saillie sous la peau ; si celle-ci s'ulcère, elles végètent au dehors. Un semblable tissu se développe dans les extrémités osseuses ; les cartilages sont ulcérés, décollés, détruits, les os cariés ; l'exsudat se transforme en pus qui se vide au dehors par des fistules multiples. Si la maladie doit guérir, les fongosités se durcissent, deviennent moins vasculaires, se transforment en *tissu lardacé*, puis en tissu cellulaire, et l'articulation, complètement ankylosée, arrive enfin à guérison.

Dans certains cas, les fongosités sont peu abondantes ou disparaissent, la lésion est constituée principalement par un épanchement purulent. Le *tubercule* se rencontre accidentellement dans la tumeur blanche.

Description. — Cette maladie débute d'une manière insidieuse : une douleur sourde, une certaine gêne, et surtout un

manque de force dans la partie malade sont les deux symptômes ; puis se montrent, très-rapidement dans les articulations superficielles, plus lentement pour les articulations profondes, le *gonflement* et les *attitudes vicieuses*.

Ces attitudes sont dues à la rétraction des muscles, et le membre est maintenu dans la flexion combinée avec un mouvement d'abduction ou d'adduction, quelquefois de rotation. A ce moment, les mouvements de la jointure sont très-difficiles, extrêmement douloureux, et le malade a perdu complètement l'usage de la jointure affectée. Cet état se prolonge des mois, quelquefois des années; le malade est en général amaigri, mais les symptômes généraux sont encore peu marqués ; puis l'articulation malade s'ouvre, la fièvre hectique s'établit, et la *cachexie scrofuleuse* avec toutes ses affections et toutes ses conséquences s'établit promptement.

Si le malade guérit, le membre s'ankylose, et si le médecin n'a pas pris ses précautions, il s'ankylose dans une position vicieuse.

L'étiologie de la tumeur blanche est celle de la *scrofule* ; les *entorses*, les *arthrites* sont des occasions du développement de la tumeur blanche chez les scrofuleux. Cette affection est plus fréquente dans la seconde enfance.

Traitement. — L'hygiène, les médicaments et les eaux que nons avons indiqués au traitement de la scrofule constituent le traitement médical de la tumeur blanche.

Le *traitement local* consiste en un seul moyen : l'*immobilisation* de la jointure. Les membres sont placés dans la situation qui sera la plus avantageuse si le malade guérit, c'est-à-dire dans l'extension pour les membres inférieurs, dans la demi-flexion pour le coude ; puis ils sont immobilisés au moyen d'un appareil amidonné ou à l'aide d'une des gouttières inventées par Bonnet, de Lyon.

Quand l'affection marche toujours malgré l'emploi de tous ces moyens, quand la fièvre hectique existe, que le malade est arrivé au dernier degré de la cachexie, l'*amputation* sera faite

avec de grandes chances de succès, s'il n'y a point d'affections scrofuleuses internes.

Le traitement médical est le même que celui de la scrofule. *Silicea*, *iodium*, *calcarea*, *carbonica* sont les médicaments principaux. *Argentum oxydatum* m'a donné un succès. Je ne saurais trop insister sur la nécessité de conduire ces malades aux eaux chloro-bromurées sodiques. Les bains d'eaux mères du Croisic constituent le traitement le plus efficace de ces affections.

Ces eaux, préparées homœopathiquement, *sal croisic*, 2e et 3e trituration, m'ont rendu des services.

VINGT-QUATRIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES OS

Les os présentent des lésions très-multiples : ils se ramollissent dans le *rachitisme ;* le *cancer*, les *hydatides*, les *tubercules* se localisent dans ce tissu ; la *syphilis*, la *scrofule*, le *scorbut* y impriment leurs caractères les plus graves et les plus ultimes. Le tissu osseux est susceptible d'inflammation et l'*ostéite* peut se terminer par *suppuration*, par *carie* et par *nécrose.*

L'*ostéite purulente* ne s'observe qu'à la suite de lésion traumatique : la *nécrose* est la terminaison de l'*ostéite syphilitique*, de l'*ostéite scrofuleuse*, de l'*ostéite par extension de l'inflammation* d'un organe voisin, de l'*ostéite essentielle.* La *carie* est la forme habituelle de l'*ostéite scrofuleuse ;* on l'observe aussi dans la *syphilis* et dans le *scorbut.* Le *spina ventosa* est une lésion scrofuleuse que nous avons déjà décrite ; l'*exostose* est une affection syphilitique. Nous dirons un mot de l'histoire de la *nécrose*, de la *carie* et du *mal de Pott.*

CHAPITRE PREMIER

NÉCROSE

La *nécrose* est la terminaison de l'ostéite par *mortification ;* l'os mortifié constitue un *séquestre* qui doit être *éliminé* et souvent *réparé.*

La nécrose présente deux formes : la *nécrose aiguë* et la *nécrose chronique :*

I. Forme aigue. — Boyer a décrit sous ce nom une inflammation aiguë qui peut occuper le périoste, le tissu osseux

lui-même et le canal médullaire, d'où les noms de *périostite phlegmoneuse*, *ostéite épiphysaire* et *médullite aiguë* qui ont été donnés à cette maladie.

Etiologie. — C'est de 12 à 18 ans que l'on observe la nécrose aiguë. Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et reconnaît pour cause occasionnelle : le froid, la fatigue et les contusions.

La maladie débute par une douleur violente fixe en un point du squelette ; en même temps éclate un mouvement fébrile intense qui peut faire croire à une fièvre typhoïde.

Un gonflement dur, faisant, pour ainsi dire, corps avec l'os, puis un œdème exactement localisé à l'os malade et, enfin, le plus souvent, la rougeur luisante de la peau.

Pendant ce temps, le mouvement fébrile se continue ; la peau est sèche et brûlante ; le pouls très-fréquent ; les lèvres et la langue sèches ne tardent pas à se couvrir de fuliginosités.

Au bout de trois ou quatre jours, la suppuration est établie, et on sent nettement la fluctuation ; de larges débridements, l'évacuation du pus peuvent alors donner un nouvel aspect à la maladie. L'état général s'améliore, et les malades guérissent après l'élimination de la portion d'os nécrosée.

Mais le plus souvent le délire, une adynamie croissante, des vomissements bilieux, la diarrhée, la persistance des douleurs, la violence des mouvements fébriles amènent la mort au bout de quelques jours.

Anatomie pathologique. — On trouve le périoste épaissi, décollé de l'os par un pus verdâtre. Quelquefois l'os est malade dans toute son épaisseur et jusque dans la moelle centrale. Le pus est répandu aussi dans le tissu cellulaire et les muscles.

Quelquefois des phlébites, des abcès multiples, des suppurations des séreuses marquent le passage de l'ostéite à la diathèse purulente.

Traitement. — *Aconitum* à forte dose est indiqué par l'état

général. Il en est de même de *china* quand le mouvement fébrile est rémittent. *Arsenic* contre la grande prostration.

Phosphorus et *mercurius* sont indiqués par l'inflammation de l'os sans que la pathogénie et la clinique permettent encore de fixer le choix entre ces deux médicaments.

On devra inciser largement l'abcès sous-périostique et donner au pus un facile écoulement. L'amputation est indiquée quand le pus pénètre dans les articulations.

II. Forme chronique. — Elle survient dans la scrofule et dans la syphilis. La propagation de l'inflammation d'un organe voisin au périoste, le traumatisme, sont les causes les plus fréquentes de la nécrose.

Lorsque l'inflammation frappe un os en totalité, les vaisseaux capillaires du périoste et de la membrane médullaire sont oblitérés, et l'os privé de circulation est frappé de mort. Le périoste et la membrane médullaire et les parties de l'os qui ont échappé à la mortification deviennent le siége d'un travail d'élimination et de réparation. Les deux membranes se séparent de l'os mortifié, la partie vivante de l'os bourgeonne et s'isole lentement du séquestre, qui, après un temps assez long, se trouve complètement libre; et son élimination ne souffrirait pas de difficulté, si, le plus souvent, le périoste n'avait commencé trop tôt son œuvre réparatrice et constitué un os nouveau qui enveloppe, qui *invagine* le séquestre. La suppuration abondante qui accompagne ce travail se fait jour par plusieurs points, et entretient dans l'os nouveau des trous par lesquels le séquestre aminci finit par s'échapper et sortir au dehors.

L'os nouveau est toujours plus gros, souvent plus long que l'os ancien ; il est irrégulier.

La nécrose ou plutôt l'ostéite qui la précède s'annonce par une douleur sourde et continue dans l'os frappé. Cette douleur, sourde dans les ostéites scrofuleuses, nocturne dans les ostéites syphilitiques, est le seul symptôme de la maladie à sa première période, et les malades continuent à travailler.

Si l'affection est très-limitée ou l'os petit, une tuméfaction

plate apparaît sur l'os et devient lentement fluctuante. C'est ce qu'on observe dans la nécrose du maxillaire inférieur ; mais dans la nécrose d'une portion considérable du fémur ou du tibia, le membre entier augmente de volume et présente une tuméfaction dure. Au bout de quelque temps, certains points rougissent, s'élèvent en pointe, s'ouvrent et laissent écouler une quantité de pus considérable et hors de proportion avec l'apparence du foyer sous-cutané. Plusieurs fistules s'établissent successivement sur la longueur du membre, et la maladie peut persister ainsi des années avec un membre tuméfié, dur, empâté, percé de fistules, qui laissent écouler un pus plus ou moins séreux, plus ou moins sanguinolent et mélangé de débris osseux. Un stylet introduit par une des fistules arrive sur le séquestre, qui rend un son sec quand on le frappe. A l'aide de deux stylets introduits dans des points éloignés, on s'assure du degré de *mobilité* et de la grandeur du séquestre. A ce moment, le malade maigrit et s'épuise ; la fièvre hectique s'établit, et la mort peut survenir si l'art n'intervient pas. Quelquefois le séquestre s'engage dans une des ouvertures que présente l'os nouveau, il apparaît au dehors et peut être extrait facilement ; mais, le plus souvent, il faut pénétrer jusqu'à lui à l'aide d'une opération chirurgicale. Quand le séquestre est éliminé, la suppuration diminue et se tarit, les fistules se cicatrisent, la fièvre disparaît, l'os nouveau se consolide et se régularise, et la guérison est bientôt complète.

Traitement. — *Mercurius* et *phosphorus* produisent l'ostéite et la nécrose. Ce sont donc les deux médicaments avec lesquels on aura le plus de chance d'arrêter et de limiter la maladie à son début. *Aurum* et *iodium*, indiqués par certains auteurs, conviennent surtout à la nécrose syphilitique. Mais, une fois que la nécrose est faite, les indications changent : il faut diminuer la quantité de la suppuration, empêcher l'établissement de la fièvre hectique et favoriser l'élimination du séquestre. *Silicea* est le médicament principal de cette période: on l'administre de la 6e à la 30e dilution. Des *injections iodées* au tiers ou par parties égales diminuent la suppuration, favorisent la sor-

tie des débris osseux et luttent contre le développement de la fièvre hectique. Mais, si le séquestre est très-volumineux, si le malade est épuisé, il ne faut pas trop tarder à réclamer l'assistance d'un chirurgien.

Les eaux chlorurées sodiques avec addition d'*eaux-mères* du Croisic, de Salins, de Salies, les eaux chlorurées arsenicales de la Bourboule, constituent encore le meilleur traitement des nécroses scrofuleuses à la période de chronicité.

CHAPITRE II

CARIE

La carie est une ostéite à marche chronique, caractérisée par une nécrose moléculaire; la carie diffère de la nécrose, comme l'ulcération diffère de la gangrène.

La carie est presque toujours une affection scrofuleuse ; cependant on l'observe encore dans la syphilis et à la dernière période du scorbut.

Le début est moins accentué que dans la nécrose, la douleur est moins vive et souvent fait complètement défaut. Dans ce cas, l'apparition d'un *abcès froid* est le premier symptôme de la carie. Quand l'os est superficiel, on constate une tuméfaction apparente de l'os malade, tuméfaction due au dépôt d'un plasma abondant entre la période et l'os et, plus tard, à l'organisation de ce plasma.

Quand l'abcès est ouvert, il laisse écouler un pus sanieux, très-souvent sanguinolent, et dans lequel on trouve de petits débris osseux ; ces abcès deviennent fistuleux. L'examen de l'os à l'aide d'un stylet porté dans la fistule est le moyen principal du *diagnostic*: on rencontre un tissu qui se laisse pénétrer, en donnant la sensation de lamelles minces et sèches qui se brisent au moindre contact.

Les caries se prolongent très-longtemps. Elles amènent sou-

vent la *cachexie scrofuleuse* si on ne parvient pas à enrayer la maladie. La guérison a lieu par la nécrose et l'élimination de la portion d'os cariée ; d'autres fois, l'inflammation du tissu osseux produit des bourgeons charnus, et une modification telle des surfaces malades que la cicatrisation devient possible.

Traitement. — Il faut se reporter à ce que nous avons dit aux chapitres de la *scrofule*, de la *syphilis*, du *scorbut* et des *tumeurs blanches*. Nous indiquerons plus spécialement contre la carie : *asa fœtida*, *argentum metallicum*, *calcarea*, *silicea* et *sulfur*. Les *injections iodées* rendent d'importants services et éloignent la période de cachexie : l'amputation est quelquefois nécessaire.

Ce que nous venons de dire sur l'action des eaux minérales dans la nécrose s'applique absolument au traitement de la carie.

CHAPITRE III

MAL DE POTT

C'est une affection scrofuleuse caractérisée par la carie des vertèbres. Cette affection, qu'on pourrait appeler la *tumeur blanche* du rachis, est d'une fréquence et d'une gravité telles, que nous avons cru devoir lui consacrer un chapitre spécial.

Les *lésions* du mal de Pott comprennent plusieurs éléments : la carie des vertèbres, la destruction des disques intervertébraux et la formation d'*abcès* dits *par congestion*.

La carie vertébrale est ici plus souvent qu'ailleurs de nature tuberculeuse : les tubercules sont enkystés ou infiltrés. Dans le premier cas, ils déterminent une véritable caverne au sein du tissu osseux ; dans le second, ils produisent l'hypertrophie interstitielle, l'éburnation, puis la nécrose de la portion d'os infiltrée.

Les cartilages qui séparent deux vertèbres malades, pris entre deux inflammations, se décollent, et par cela même se trou-

vent privés de circulation et se mortifient. Après leur destruction, le corps des vertèbres infiltré de tubercules, creusé de cavernes, ramolli par la carie, se trouve en contact immédiat, et le frottement produit par les mouvements du corps, le poids des parties supérieures, les efforts musculaires, amène une destruction, un écrasement plus ou moins considérable du squelette et une déformation caractéristique.

La déformation du mal de Pott est une incurvation du rachis à angle très-saillant en arrière. Cet angle est formé par les apophyses épineuses. Quelquefois l'incurvation du rachis est latérale ; c'est lorsque la destruction osseuse porte principalement sur un côté de la vertèbre.

Cette déformation a lieu brusquement à la suite d'un effort ou, au contraire, lentement et insensiblement. Dans le premier cas surtout, elle peut produire une compression de la moelle, d'où fourmillement et paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs.

L'*abcès par congestion* est un vrai kyste tuberculeux. La matière tuberculeuse ramollie et le pus fourni par la carie vertébrale et la mortification des cartilages s'enkystent ; et, comme cette suppuration s'augmente chaque jour, le kyste s'étend pareillement, se glissant dans les gaînes musculaires et s'étendant quelquefois fort loin du point de départ. Ces abcès représentent assez exactement une bouteille dont le goulot serait appliqué sur la perforation osseuse et le fond se prolongerait plus ou moins loin.

La carie vertébrale siége le plus souvent sur les dernières dorsales et les premières lombaires ; mais elle peut occuper un point quelconque de la colonne vertébrale.

Le siége de l'abcès par congestion varie avec celui de la carie. Quand l'affection siége à la région cervicale, l'abcès se localise derrière le pharynx ; et, s'il gagne la région postérieure, il apparaît vers l'angle inférieur de l'omoplate. La carie qui occupe les dernières lombaires donne lieu à un abcès qui file le long de la gaîne du psoas, arrive dans l'aine et jusqu'au petit trochanter. Cet abcès durcit par la station, par la toux, par un effort musculaire ; il est en partie réductible. A la région

dorsale, l'abcès par congestion apparaît le plus souvent dans les gouttières vertébrales. Je l'ai vu suivre la courbure d'une côte et aller communiquer avec une caverne pulmonaire. Quand l'affection siége au sacrum, l'abcès peut rester dans les gouttières de cet os ; mais, le plus souvent, il gagne les ouvertures inférieures du bassin et y forme une tumeur fluctuante.

Les *symptômes* du début sont une douleur sourde et continue dans un point fixe de la colonne vertébrale ; bientôt la colonne s'immobilise, elle ne peut plus s'arrondir pour la flexion du corps en avant ; et, si le malade veut ramasser un petit objet à terre, il se courbe à angle droit dans les articulations coxo-fémorales, mais la colonne demeure entièrement rigide. On observe successivement la déformation du rachis, l'affaiblissement des membres inférieurs, une démarche roide, gênée, et, plus ou moins tardivement, l'apparition de l'abcès par congestion.

Tant que l'abcès n'est pas ouvert, la santé générale se soutient. Presque tous ces malades mangent énormément pour suffire aux pertes qu'ils font continuellement.

Quand l'abcès est ouvert, les malades tombent dans la cachexie scrofuleuse. Malgré la gravité de la lésion, la guérison s'obtient quelquefois, et j'ai trouvé, à différentes reprises, des vertèbres qui présentaient les stigmates indélébiles du mal de Pott. La matière tuberculeuse et les parties nécrosées s'éliminent ; les vertèbres s'affaissent, se rejoignent et se cicatrisent. Alors l'abcès, qui n'a plus de raison d'être, se guérit facilement.

La mort survient par épuisement, comme dans la cachexie scrofuleuse, par une *complication* de méningite rachidienne ou quelquefois par l'inflammation du kyste tuberculeux à la suite de son ouverture.

Traitement. — C'est celui de la scrofule. *Asa fœtida*, *argentum*, mais surtout *silicea*, *sulfur*, *hepar sulfuris* et les *eaux chlorurées sodiques* trouvent ici leur indication.

On doit s'efforcer, par l'application d'un appareil orthopédique, de diminuer le poids des parties supérieures, afin d'éviter,

autant que possible, la déformation du rachis. Des auteurs recommandent de ne pas laisser marcher les malades pendant toute cette période ; ils les laissent couchés, étendus sur le ventre et ne leur permettent qu'un exercice passif. Là est l'inconvénient de cette méthode, qui ne peut être appliquée que pendant quelques mois.

Il ne faut ouvrir les abcès par congestion que lorsque l'on craint de les voir s'ouvrir spontanément. La méthode à suivre ici est celle qui convient à tous les grands abcès froids : une ponction sous-cutanée et des injections iodées. L'appareil de J. Guérin est fort commode pour cette opération. Celui de Dieulafoy est encore plus parfait.

VINGT-CINQUIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DE LA PEAU

Les affections de la peau sont toutes symptomatiques ; le plus grand nombre se rattache à la *dartre*, à la *scrofule* et à la *syphilis ;* les autres sont symptomatiques de la *goutte* et des *hémorrhoïdes*. Dans les *maladies fébriles*, on observe encore un certain nombre d'affections cutanées ; enfin, Bazin a séparé avec juste raison, sous le nom de *maladies parasitaires*, un groupe bien naturel parmi les affections de la peau.

Nous décrirons dans ce chapitre les affections de la peau considérées dans leurs symptômes locaux, puisque leur histoire générale se retrouve aux chapitres de la dartre, de la scrofule, de la syphilis et des maladies parasitaires. Nous nous efforcerons, à propos de chacune de ces affections, de donner les caractères qui les rattachent aux maladies dont elles sont un symptôme. Nous décrirons successivement : l'*érythème*, l'*urticaire*, l'*herpès*, le *zona*, l'*eczéma*, le *pemphigus*, l'*impétigo*, l'*ecthyma*, le *rupia*, l'*acné*, le *lichen*, le *prurigo*, le *pityriasis*, le *psoriasis*, le *lupus* et la *sclérose*.

Certaines de ces affections, le zona, l'urticaire, le psoriasis, sont bien distinctes ; d'autres, comme l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le prurigo, le pityriasis, ne constituent le plus souvent que des périodes diverses d'une même affection ; aussi les organiciens ont-ils été obligés de créer les expressions d'*eczéma impétigineux*, *eczéma lichénoïde*, etc., etc. Nous nous sommes néanmoins décidé à conserver ces désignations classiques pour deux raisons : premièrement, nous ne pouvons pas, dans un livre élémentaire, entreprendre la réforme complète de la pathologie cutanée ; secondement, au point de vue du traitement,

nous avons trouvé un grand avantage à employer le cadre nosologique consacré par l'usage et accepté par la généralité des médecins.

CHAPITRE PREMIER

ÉRYTHÈME

C'est une inflammation du corps papillaire avec infiltration séreuse du tissu réticulé qui se trouve au-dessus. L'érythème se montre sous forme de taches irrégulières, ne se terminant pas brusquement comme l'érysipèle, et pâlissant sous la pression du doigt. Il s'accompagne d'un sentiment de chaleur et de cuisson, et a une durée indéterminée.

L'érythème peut présenter de petites élévations grosses comme des graines de chènevis : c'est l'érythème *papuleux ;* si ces élévations sont plus volumineuses, c'est l'*érythème noueux.* Nous avons déjà décrit ce dernier, qui s'accompagne souvent de fièvre et constitue une petite maladie.

L'érythème ordinaire survient habituellement après l'application d'une cause d'irritation de la peau : l'insolation, les brûlures, les frottements répétés, le décubitus prolongé, l'application de certains corps irritants, les sinapismes, par exemple ; le contact avec la peau d'une sécrétion, du pus, des urines même, sont des causes d'érythème. Chez les enfants, cette affection prend le nom d'*intertrigo* quand elle se développe dans les régions où la peau est en contact avec elle-même.

Traitement. — *Mercurius*, *copahiba* et *apis* sont les principaux médicaments de l'érythème. *Apis* est indiqué principalement dans l'érythème noueux; *mercurius* dans l'érythème chronique

Arnica devrait être administré contre l'érythème qui provient d'un frottement trop prolongé.

Les applications de poudre de lycopode et de poudre de riz, les lotions avec de l'eau additionnée d'arnica, les cataplasmes de fécule, sont d'un grand secours quand l'inflammation est très-grande.

Dans les maladies longues, le médecin prendra toutes les précautions nécessaires pour empêcher les suites du décubitus prolongé dont l'érythème est le premier effet et la gangrène le dernier : coussins à air, matelas en caoutchouc rempli d'eau ; lit de balle d'avoine chez les pauvres : lotions fréquentes, poudre de riz, application de beaudruche gommée, etc., etc.

CHAPITRE II

URTICAIRE

L'urticaire est constitué par des infiltrations séreuses du corps papillaire. Ces infiltrations constituent des plaques larges, circonscrites, dures, habituellement rosées, mais présentant fréquemment des places plus blanches que la peau voisine. Cette affection, qui s'accompagne d'un prurit brûlant tout particulier, a son type dans la piqûre de l'*urtica urens*.

Les plaques de l'urticaire sont extrêmement mobiles; elles se montrent et disparaissent avec la plus grande rapidité et peuvent occuper tous les points du corps. Nous avons déjà décrit cette maladie à propos de la *fièvre ortiée* et nous renvoyons à ce chapitre pour le traitement.

CHAPITRE III

HERPÈS

L'herpès est constitué par des vésicules qui sont toujours groupées d'une certaine manière. Ces vésicules naissent, se développent et sèchent successivement. Elles reposent sur un fond rouge et un peu gonflé ; elles se terminent par l'ouverture des vésicules et la formation de croûtes plus ou moins épaisses.

L'herpès survient presque toujours comme un phénomène

critique dans les fièvres et les phlegmasies bénignes; il occupe habituellement les lèvres ou la face.

L'*herpes preputialis* survient spontanément chez certains hommes et est pris quelquefois pour une maladie syphilitique. La multiplicité des vésicules et leur groupement est un bon signe diagnostique.

Traitement. — *Rhus toxicodendron*, *croton tiglium*, *causticum*, sont les meilleurs médicaments ; *arsenicum* est nécessaire pour empêcher les récidives chez les hommes sujets à l'*herpes preputialis*.

CHAPITRE IV

ZONA

C'est une affection caractérisée par l'éruption de groupes de vésicules d'herpès, siégeant exactement sur le trajet d'un nerf. Le plus souvent le zona siége sur le thorax et dessine une demi-ceinture qui suit le trajet d'un nerf intercostal. Au cou il se prolonge sur le bras, et aux reins sur la cuisse en suivant les nerfs de ces régions. On a aussi trouvé le zona sur le trajet des nerfs crâniens. Presque toujours, le zona est précédé, accompagné ou suivi d'une véritable névralgie. La névralgie peut précéder de beaucoup l'éruption et tenir le médecin en suspens touchant le diagnostic. Mais le plus souvent la névralgie suit l'éruption et persiste avec une opiniâtreté désolante.

Les vésicules d'herpès existent par groupes plus ou moins confluents, plus ou moins séparés ; elles suivent la marche ordinaire de l'herpès.

Traitement. — Application de fécule de pomme de terre ou de poudre de riz.

Rhus, *mercurius*, *causticum*, *graphites* et *arsenicum*, sont les principaux médicaments, mais la guérison de l'éruption est peu de chose ; la névralgie qui précède, accompagne et suit

pendant si longtemps l'apparition des vésicules, constitue la véritable difficulté du traitement.

D'après Hawins, on doit recourir à *causticum* lorsque les douleurs sont pruriteuses et brûlantes. Nous ajouterons que le médicament contient dans sa pathogénie éruption de grosses vésicules douloureuses sur le côté gauche de la poitrine et du dos.

Arsenicum est surtout indiqué contre les douleurs brûlantes avec aggravation nocturne et diminution par les applications chaudes.

CHAPITRE V

ECZÉMA

L'eczéma est une *affection* cutanée, caractérisée par l'éruption de vésicules ou de vésico-pustules, quelquefois par la formation de *fissures*, par le suintement d'un liquide séreux ou séro-purulent, visqueux et par la formation de croûtes.

Cette affection s'accompagne toujours d'un prurit et d'un sentiment de brûlure, d'où lui vient son nom d'eczéma, εκζέω, je brûle.

Nous admettons avec M. Bazin que l'eczéma peut se montrer dans trois maladies différentes : la dartre, la goutte et les scrofules ; nous ajoutons que cette affection peut aussi être causée par des poisons ou des médicaments. Le rhus toxicodendron et le rhus vernix, le mercure, l'arsenic, l'huile de croton, la cantharide, sont de véritables *eczématogènes*, de même aussi qu'ils sont les meilleurs médicaments de cette affection.

Dans tous les eczémas, il y a une première période inflammatoire et une période de dessiccation. Dès le début, il y a une éruption de vésicules sur un fond rouge plus ou moins tuméfié. Ces vésicules consistent dans un soulèvement de l'épiderme et contiennent, au moins les premiers jours, de la sérosité qui devient ensuite plus ou moins purulente. Les vésicules sont plus ou moins acuminées, plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées ; elles se rompent, et l'eczéma devient suin-

tant. Il ressemble assez bien, à ce moment, à la plaie d'un vésicatoire. Le liquide, variable avec les espèces d'eczéma, se concrète et forme des croûtes toujours humides, mais plus ou moins jaunes et plus ou moins épaisses.

Dans la seconde période, les vésicules ou vésico-pustules cessent de se former, la surface se dessèche, et l'eczéma se rapproche plus ou moins du psoriasis et du pityriasis. C'est alors une surface recouverte de croûtes sèches, furfuracées, laissant à découvert, lorsqu'elles tombent, une surface sèche, lisse, rougeâtre, et comme vernissée. La desquamation devient de moins en moins abondante ; la peau pâlit et finit par reprendre son état normal ; une teinte brunâtre persiste encore longtemps, comme dernier reste de la maladie.

On appelle *eczema rubrum*, l'eczéma à sa première période, l'eczéma inflammatoire. Il y a des variétés dans lesquelles l'eczéma est assez étendu pour simuler l'érésypèle: c'est l'eczéma *pseudo-exanthématique*. Le mouvement fébrile est plus ou moins intense, et Hardy a rencontré un cas qui s'est terminé par la mort.

L'*eczéma impétigineux* est celui dans lequel les vésicules sont remplacées peu à peu par des pustules. Hardy considère du reste l'*impétigo* comme une forme de l'eczéma.

L'*eczéma fendillé* est celui dans lequel les vésicules sont remplacées par des *fissures*, des rhagades de l'épiderme.

Enfin, on distingue encore, au point de vue du siége, l'eczéma de la *face*, du *cuir chevelu*, des *oreilles*, des *membres*, des *seins*, des *parties génitales*.

I. L'ECZÉMA SCROFULEUX est la variété la mieux caractérisée de toutes celles admises par Bazin.

C'est presque toujours un eczéma impétigineux, et il se distingue des autres eczémas par la présence de pustules, une sécrétion abondante et, dans sa période d'état, par des croûtes jaunes, humides et épaisses.

Voici, d'après Bazin, le caractère commun des *dartres scrofuleuses*, caractère que l'on retrouve au plus haut degré dans l'eczéma : « la ténacité, la persistance dans le même lieu,

l'ordre qu'elles suivent dans leur propagation, s'étendant, en général, de la tête et des parties supérieures du corps, aux parties inférieures ; leur prompte dissémination sur les diverses parties du corps ; la modalité particulière du travail inflammatoire, qui est essentiellement sécrétant et suppuratif ; la participation des follicules et des glandes, et souvent aussi du tissu cellulaire sous-cutané à ce travail inflammatoire ; le retentissement sur les ganglions lymphatiques de voisinage ; l'absence de douleur et de prurit, au moins de ce prurit violent et permanent qui augmente par la chaleur du lit, et porte souvent le malade à se déchirer la peau avec les ongles ; enfin les traces qu'elles laissent après elles. » (Leçon sur la scrofule, p. 176.)

En résumé, l'humidité considérable de l'éruption, un prurit relativement moindre, et principalement l'engorgement des ganglions lymphatiques, constituent des caractères suffisamment tranchés pour constituer l'*eczéma scrofuleux.*

L'*eczéma dartreux* et l'*eczéma arthritique* sont beaucoup plus difficiles à distinguer l'un de l'autre, et les caractères séméiotiques donnés par M. Bazin, caractères que nous allons reproduire, ont été très-sérieusement contestés par des dermatologistes autorisés. Nonobstant, voici les caractères assignés par M. Bazin à ces deux variétés d'eczéma.

II. L'ECZÉMA DARTREUX, que Bazin appelle *herpétique*, a pour caractère propre de présenter des éléments anatomiques plus nets que les autres, c'est-à-dire qu'ici la lésion élémentaire est caractérisée uniquement par une *vésicule* sur un fond enflammé. De plus, il est habituellement symétrique. Il ne faut pas accepter ce caractère dans sa rigueur mathématique : quand l'eczéma se manifeste sur les deux oreilles ou sur les deux pieds, par exemple, il est presque toujours plus développé d'un côté que de l'autre ; ajoutons que nous avons observé des cas d'eczéma des oreilles, parfaitement symétriques, chez des goutteux et chez des scrofuleux. Le troisième caractère de l'eczéma dartreux, et celui-là est plus spécial que la symétrie de l'éruption, est la nature du liquide.

L'eczéma dartreux donne lieu, pendant une de ses périodes, à un écoulement séreux extrêmement abondant. Cet écoulement tache le linge en gris et l'empèse d'une manière toute particulière ; ajoutons que ce caractère n'est pas constant, qu'il n'appartient qu'à une période de la maladie ; mais enfin, quand il existe, il a une valeur séméiotique réelle.

L'eczéma dartreux est celui qui donne les démangeaisons les plus atroces de tous les eczémas ; il a tendance à récidiver et à se généraliser.

III. L'ECZÉMA ARTHRITIQUE se distingue du précédent parce qu'il se compose d'éléments moins nets, moins bien délimités ; les papules s'y trouvent mélangées aux vésicules ; il est habituellement arrondi ; il est asymétrique ; il repose sur un fond violacé et s'accompagne d'un état variqueux de la peau. L'eczéma arthritique est beaucoup *plus sec* que les autres espèces d'eczéma; il est très-persistant, il ne se généralise jamais comme l'eczéma herpétique; souvent, quand il disparaît, il est remplacé par une autre affection goutteuse, affection du cœur, des gros vaisseaux, de l'estomac, etc.; enfin il laisse quelquefois des cicatrices, ce qui n'arrive pas habituellement dans les autres variétés d'eczéma.

Des caractères donnés par Bazin, aucun n'est absolu. Ainsi nous avons vu des eczémas symétriques chez les goutteux; ajoutons que le fond violacé et l'état variqueux de la peau s'observent surtout dans l'eczéma des membres inférieurs et est plutôt le signe d'une variété de siége que d'une variété nosologique.

Traitement. — Le *rhus toxicodendron* est une des substances qui reproduit le plus exactement chez l'homme sain les symptômes de l'eczéma. « Le résultat de l'absorption des *émanations* du sumac a lieu au bout de peu d'heures, et parfois après plusieurs jours seulement ; il consiste en démangeaisons, gonflement, rougeur, douleurs et pustules plus ou moins vésiculeuses sur la région qui a été en contact avec les parties du végétal et même sur celles où il n'y a nul attouchement, comme le visage, le scrotum, les paupières, » etc.

Le *rhus toxicodendron* est donc un remède homœopathique par excellence de l'*eczéma rubrum*, et plus cet eczéma se rapprochera par son effet de l'érysipèle et plus le rhus sera indiqué.

L'éruption de *vésicules* sur un point rouge avec prurit interne, suivi de douleurs de cuisson, après que le malade s'est gratté, telle est l'indication formelle du rhus toxicodendron, quelle que soit du reste la nature goutteuse ou dartreuse de l'eczéma. De l'agitation et un état fébrile est une confirmation de plus de cette indication.

Le *rhus radicans*, qui, suivant Bosc, n'est que le rhus toxicodendron plus âgé, et le *rhus vernix* ont les mêmes propriétés que le rhus toxicodendron. M. le Dr Cretin a beaucoup contribué à vulgariser l'emploi du *rhus vernix* dans le traitement de l'eczéma ; il le prescrit à la dose de 20 gouttes de teinture mère par jour.

Cantharis, qui, d'après Richard Hughes, pourrait, par sa seule action dynamique, produire des pustules à la peau, est un médicament très-analogue au *rhus*. Je l'ai surtout employé dans l'eczéma dartreux pendant la période inflammatoire, et je lui dois de nombreuses guérisons. Je prescris ce médicament de la 6e à la 12e dilution.

L'*arsenic* est encore un médicament de l'eczéma, comme le prouverait au besoin ce passage de Hahnemann : « Boutons blanchâtres, pointus, contenant un *liquide aqueux* au sommet, qui se développent avec *prurit ardent* comme des piqûres de cousin, aux mains, entre les doigts, au bas-ventre ; se gratter fait échapper le liquide et cesser le prurit. » (Symptôme 1046.) Le *prurit ardent* et la *desquamation* sont les autres symptômes notés par Hahnemann. Imbert-Gourbeyre a publié, sur les *éruptions arsenicales*, un mémoire que je vous engage à consulter et qui démontre la propriété *eczématogène* de l'arsenic.

Quant aux propriétés *eczématofuges* de ce médicament, il n'y a qu'à consulter la pratique de tous les médecins allopathes pour s'assurer que l'*arsenic* et les *eaux arsenicales* sont considérés par eux comme une espèce de spécifique.

Les indications qui nous font préférer l'*arsenic* aux autres médicaments de l'eczéma sont : la chronicité, la période de des-

quamation sèche et le prurit brûlant. L'arsenic est donc pour nous un médicament à employer après *rhus* ou *cantharis*.

Mon ami, le Dr Frédault, a appelé l'attention des médecins sur l'emploi du *plumbago* dans le traitement des eczémas humides, et ce médicament a donné quelques succès ; ses indications ne sont pas bien précises.

D'après Cazin, le plumbago ou dentelure jouit d'une action rubéfiante et vésicante des plus marquées ; employé contre la gale, il produit quelquefois des éruptions générales, et une jeune fille qui en avait fait usage inconsidérément était pour ainsi dire écorchée vive.

Ce médicament nous conduit à vous parler du *mezereum*, de *dulcamara* et de *viola tricolor*, qui sont surtont indiqués dans l'*eczéma impétigineux*, si fréquent chez les scrofuleux; il en est de même de la *sépia*.

Le *mezereum*, daphne mezereum, bois gentil, faux garou, sain bois, etc., a été étudié par Hahnemann, mais il était employé traditionnellement contre la scrofule, et son usage externe était et est encore très-répandu pour établir des vésicatoires. Voici, d'après Cazin, l'action de ce médicament sur la peau. « Son action est lente, il ne produit la rubéfaction qu'au bout de 24 heures, et le vésicatoire qu'après 48 heures. Il occasionne une *démangeaison insupportable*, une éruption boutonneuse et une inflammation autour de la partie où il est appliqué. Cet exutoire mouille deux fois par jour, et abondamment, jusqu'à huit ou dix compresses doubles. La sécrétion est vraiment merveilleuse et d'une abondance même incompréhensible. La surface attaquée se gonfle et forme une foule de petites saillies par lesquelles s'écoule la *sérosité*. Un des avantages de ces exutoires, c'est que la peau revient à son état normal et ne laisse de cicatrices d'aucune sorte. (Cazin, *loc. cit.*, p. 370.) Hahnemann signale un prurit qui augmente après s'être gratté et en se déshabillant, et une éruption de pustules et de boutons prurileux généralisée ainsi que la desquamation de tout le corps (*Maladies chroniques*, t, II, p. 563). L'extrême abondance du liquide séreux produit par le mezereum indiquerait encore ce médicament dans la période aiguë de l'eczéma dartreux.

Dulcamara. — Bertrand de Gresie et Carrère, Gardas préconisent cette plante dans le traitement de l'eczéma, et Cazin rapporte l'observation d'un eczéma scrofuleux de la jambe droite, guéri radicalement par l'usage interne d'une forte décoction de rameau de douce-amère.

Comme effets pathogénésiques se rapportant à l'eczéma, cet auteur ne cite que deux symptômes : des picotements dans diverses parties du corps ; quelquefois un prurit des organes génitaux (*loc. cit.*, p. 403).

Dans les *maladies chroniques* de Hahnemann, on trouve principalement des symptômes d'urticaires avec aggravation nocturne ; mais les phénomènes suivants peuvent être rapportés à l'eczéma : croûtes dartreuses sur tout le corps (356), éruptions suintantes sur la joue (94) ; et Hahnemann note expressément les éruptions dartreuses avec gonflement glandulaire (p. 198). Jahr reproduit Hahnemann et y ajoute : « éruption de pustules prurientes qui passent à la suppuration et se recouvrent d'une croûte, surtout aux membres inférieurs et à la partie postérieure du corps. » Il est facile de reconnaître dans ces données pathogénésiques, l'image de l'eczéma impétigineux propre aux scrofuleux. Nous avons l'habitude d'alterner dans ces cas la douce-amère avec la pensée sauvage, et d'employer les basses dilutions, de la première à la troisième.

Viola tricolor ou *pensée sauvage.* — C'est encore là un médicament traditionnel contre la scrofule, l'eczéma impétigineux des scrofuleux et en particulier cette variété si fréquente dans l'enfance qui a reçu le nom de *croûte de lait*. Strack, de Mayence, l'administrait en poudre dans du lait, contre les croûtes laiteuses. Il prétend qu'au bout de quatre jours *le visage se couvre de croûtes épaisses*. (*In* Cazin, p. 809.)

Jahr donne comme symptômes pathogénésiques : éruption miliaire par tout le corps, croûtes à la face, avec prurit brûlant, surtout la nuit, et suintement d'un pus jaune et visqueux, gonflement des glandes du cou.

Richard Hughes affirme qu'il n'a jamais eu besoin d'un autre médicament contre les croûtes de lait et qu'il l'a administré avec succès contre l'impétigo des adultes. Il se sert de la

sixième dilution dans le premier cas, et de la première décimale pour le second.

Je répète que c'est avec *Dulcamara* mon remède principal dans l'eczéma impétigineux des scrofuleux.

La *Sepia* est un médicament qui appartient en entier à la littérature homœopathique. Sa pathogénésie comprend : *prurit avec vésicules sur un fond rouge sur toutes les parties du corps : face, paupières, mains, pieds, aisselles, vulve, anus, oreilles, cuir chevelu*. Pour le Dr Cretin, la sepia correspond surtout aux croûtes et à l'eczéma lichénoïde. D'après mes études particulières sur les cas de guérison obtenue par la sepia, ce médicament réussirait surtout dans l'eczéma scrofuleux.

Sulphur. — Je me sers très-peu du soufre dans l'eczéma proprement dit, je réserve ce médicament pour le prurigo et pour les affections qui se sont développées avec la suppression d'une éruption.

Vous dirai-je un mot de l'emploi des *eaux minérales*? Je trouve que tout est à faire sur ce point ; la pratique de Bazin me semble peu heureuse, et je vois souvent de ses malades qui ont pris vainement les eaux sur ses indications. Gigot-Suard a fait sur ce point des travaux qui rentrent tout à fait dans la méthode expérimentale et par conséquent qui pourront servir à fixer les indications spéciales des eaux de Cauterêts dans l'eczéma, mais je ne puis aborder ici ce sujet difficile et qu'il faudrait appuyer sur un nombre d'observations suffisantes. Qu'il vous suffise de savoir qu'on peut guérir l'eczéma sans avoir recours aux eaux minérales.

En terminant, un mot sur le *traitement externe* de l'eczéma. En général je suis tout à fait opposé à ce traitement ; et après avoir essayé, pendant plusieurs années, d'appliquer sur l'eczéma le même médicament que je prescrivais à l'intérieur, j'ai renoncé tout à fait à cette pratique, non pas comme nuisible, mais comme inutile. Mais s'il est inutile et quelquefois dangereux de traiter l'eczéma par des applications externes, il est bon d'avoir à sa disposition des *topiques* qui ne guérissent pas, mais qui soulagent certaines souffrances accessoires. Les bains d'amidon, les cataplasmes de fécule, combattent avantageuse-

ment l'inflammation de la période aiguë de l'eczéma, soulagent les malades et ne nuisent en rien au traitement interne.

Le *prurit* est dans certains cas une torture dont il faut absolument délivrer le malade, l'application d'une toile imperméable, soit en caoutchouc, soit en tissu gommé, nous a rendu de très-grands services et a procuré aux malades un repos absolument nécessaire. Cette pratique, empruntée à l'*hôpital Saint-Louis*, est du reste complètement inoffensive, et n'empêche en aucune façon l'action des médicaments homœopathiques.

CHAPITRE VI

IMPÉTIGO

Cette affection est constituée par l'inflammation de la peau et par la production de pustules petites, nombreuses, et fort rapprochées. Les recherches modernes ont établi que l'impétigo n'était qu'un degré de l'eczéma. Les croûtes de l'impétigo sont jaunâtres, quelquefois brunâtres, quand l'exsudat contient un peu de sang ; elles laissent à découvert des surfaces excoriées et suintantes. Nous ne décrirons que deux variétés : l'*impetigo larvalis*, ou croûte de lait, et l'*impetigo capitis* ou *fausse teigne*.

L'impetigo larvalis, connu aussi sous le nom de *porrigo*, a été appelé croûte de lait parce qu'il se développe principalement dans la première enfance ; il débute manifestement par l'apparition de vésicules ; il cause un prurit insupportable, et on est obligé d'attacher les mains des petits malades qui sans cela se mettent la figure en sang. Il guérit sans laisser de cicatrice. Presque constamment le *porrigo* est une affection scrofuleuse qui s'accompagne du gonflement des ganglions sous-maxillaires ; tuméfaction qui persiste quelquefois après la guérison de l'affection cutanée.

Traitement.— *Viola tricolor*, *dulcamara*, *salsaparilla*, *mercurius* et *arsenicum* sont les meilleurs médicaments : nous employons

ces médicaments à la 3e dilution. *Viola tricolor* est le médicament qui m'a le plus souvent réussi ; les cataplasmes de fécule font tomber les croûtes et calment la démangeaison.

Impetigo capitis. — Les croûtes forment bientôt de petites boules nombreuses d'où le nom de *tinea granulata ;* tantôt elles agglutinent les cheveux par longues mèches, et les recouvrent d'écailles brillantes : *tinea amiantacea.* Cette affection est de nature scrofuleuse, elle s'accompagne du développement des ganglions du cou ; elle ne provoque pas la chute des cheveux.

Traitement. — *Dulcamara* est le médicament principal, surtout quand il y a gonflement des ganglions cervicaux. *Rhus toxicodendron* a principalement réussi dans la teigne granuleuse. Viennent ensuite *oleander*, *staphysagria*, *arsenicum* et *sulfur*. Au traitement de l'eczéma scrofuleux on trouvera les indications de tous ces médicaments.

CHAPITRE VII

PEMPHYGUS

C'est une affection caractérisée par la formation de bulles isolées sur la peau enflammée. La bulle est un soulèvement de l'épiderme de la grosseur d'une petite cerise à un œuf, contenant un liquide séreux ; ce liquide se transforme et devient purulent par les progrès de l'affection. Le pemphygus présente deux formes : une *forme bénigne* et une *forme grave.*

I. Forme bénigne. — Elle débute quelquefois par un petit mouvement fébrile et des taches érythémateuses situées sur le dos, la poitrine ou les extrémités ; sur ces taches apparaît une vésicule qui s'agrandit rapidement et recouvre toute la tache rouge ; la bulle se crève, laisse une surface excoriée qui finit par se recouvrir d'une croûte mince sous laquelle l'épiderme se reforme.

La durée totale de la maladie est de un à trois septénaires.

II. Forme grave. — La marche est chronique et présente deux variétés : tantôt elle procède par poussées intermittentes ; tantôt il y a une seule bulle qui s'étend toujours et finit par gagner tout le corps (*pemphigus foliacé*). Cette forme qui se développe chez les personnes faibles, âgées et mal nourries, mal logées, se termine après plusieurs mois par un état cachectique, avec formation de bulles sur les muqueuses et jusque dans l'intestin.

Les hémorrhagies multiples, l'œdème, mais surtout la diarrhée finissent par amener la mort des malades.

Traitement. — *Rhus toxicodendron* est le médicament principal de la forme bénigne et du début de la forme grave ; *arsenicum* devra être employé ensuite avec persévérance et en variant les doses. En dehors de ces deux médicaments on pourra essayer *cantharis* et *mercurius*.

CHAPITRE VIII

ECTHYMA ET RUPIA

L'ecthyma est une affection constituée par la production de grosses pustules isolées et en petit nombre. Ces pustules reposent sur un fond enflammé et sont entourées d'un cercle rouge ; elles se recouvrent d'une croûte noirâtre, qui est d'autant plus épaisse qu'elle dure depuis plus longtemps. Cette croûte repose sur une ulcération, quelquefois profonde, et qui laisse une cicatrice.

L'*ecthyma* se développe dans le cours des fièvres et des cachexies : c'est souvent un symptôme de la syphilis.

Le *rupia* est une affection pustuleuse ; elle diffère de l'ecthyma par la grandeur des pustules, qui méritent le nom de bulles ; par la forme de la croûte qui ressemble à une coquille d'huître ; par la profondeur de l'ulcération et par la grandeur de la cicatrice. Le rupia est très-souvent syphilitique.

Traitement. — Quand ces affections sont syphilitiques, il faut leur appliquer le traitement de la maladie dont elles sont un symptôme. Dans les autres cas, *arsenicum* est le médicament principal. Il est utile de faire tomber les croûtes avec un cataplasme, et de soigner l'ulcération avec de la teinture d'iode ou un mélange au 1000e d'arsenic et de poudre d'amidon. *Hydrastis canadensis*, ce grand médicament des ulcérations de mauvaise nature, doit être appliqué au traitement de l'ecthyma et du rupia.

CHAPITRE IX

ACNÉ

C'est une affection localisée habituellement à la face et au dos ; elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation et l'ulcération des follicules sébacés.

L'acné débute par de petites papules acuminées, au centre desquelles apparaît un point noir. Quelques-unes de ces papules arrivent jusqu'à la suppuration et forment de petits points blancs, reposant sur une base rouge. La peau prend une teinte violacée, et il reste une base rouge, fort lente à se résoudre et qui laisse des macules violacé est très-persistantes. Quelquefois le follicule est entièrement éliminé, et, dans ce cas, il reste une petite cicatrice.

L'acné est la maladie de la puberté et des personnes trop fortement nourries. Elle se manifeste de préférence chez les scrofuleux et les goutteux. Il y a une acné syphilitique, caractérisée par des pustules très-petites et très-multipliées, et siégeant principalement sur les membres.

Traitement. — *Kali hydriodicum*, *tartarus emeticus*, *sepia*, *nitri acidum* et *sulfur ;* ce sont les deux premiers que j'emploie de préférence. *Tartarus emeticus* a été employé avec succès par notre confrère le Dr Gounod dans les cas ou l'éruption pustulo-boutonneuse rappelait l'aspect de l'éruption stibiée.

Bromure de sodium et *sel crosici* 3e trituration m'ont donné quelque résultat dans les cas d'acné ordinaire. Les applications

externes sont souvent nécessaires. Le *bismuth* et le *calomel*, mélangés au 100e avec la poudre d'amidon, nous ont donné de bons résultats.

Le *lait de soufre* ainsi composé : fleurs de soufre, 8 grammes ; camphre, 50 centigrammes ; gomme arabique, 1 gramme; eau de chaux et eau de rose, de chaque 60 grammes, est fort employé en Allemagne. Une lotion chaque soir. Les cautérisations avec l'acide phénique m'ont aussi réussi.

CHAPITRE X

LICHEN

Cette affection débute par des plaques rouges qui se recouvrent d'un nombre considérable de *petites papules* acuminées. Ces papules sont mélangées à un certain nombre de vésicules et de pustules ; la surface est suintante et croûteuse, en sorte qu'un certain nombre de médecins rattachent le lichen à la dartre humide, à l'eczéma ; la variété appelée *lichen agrius* présente surtout cet aspect. A sa période d'état le lichen est constitué par trois caractères : la rudesse de la peau, l'augmentation de son épaisseur et l'exagération de ses rides.

Cette peau épaisse présente quelquefois de gros tubercules, des espèces de végétations qui constituent la variété appelée *lichen hypertrophique*.

Le lichen a quelquefois une marche rapide, mais le plus souvent il est chronique et même *invétéré*.

Traitement. — *Mercurius, conium, carbo vegetabilis, stramonium, phosphori acidum*, ont été indiqués. *Mercurius* est principalement indiqué contre le *lichen agrius* : éruption de papules et de vésicules sur une surface rouge avec douleurs cuisantes.

Arsenicum est le médicament principal, surtout quand l'affection est arrivée à l'état chronique. On trouvera au chapitre de l'eczéma des renseignements pour le traitement du lichen.

CHAPITRE XI

PRURIGO

Cette affection est caractérisée par l'éruption de papules plates, ayant la couleur de la peau environnante, plutôt perceptibles au toucher qu'à la vue, et déterminant un prurit insupportable. Ces papules siégent principalement aux membres, sur la face qui correspond aux extenseurs. Le prurit détermine un grattage excessif qui a pour résultat d'écorcher les petites papules, en sorte que la surface malade est toute semée de petits points noirs formés par des gouttelettes de sang desséché. Si on presse une petite papule du prurigo, on en fait sortir un liquide séreux, sans cependant qu'il se forme jamais ni vésicule, ni croûte.

Traitement. — *Arsenicum* est le médicament principal. Mais, pour combattre les démangeaisons, *sulfur* et *lycopodium* sont préférables; seulement il faut être prévenu que le sulfur augmente d'abord ce symptôme. Les démangeaisons qui correspondent à *sulfur* ont quelque chose de voluptueux et sont plus fortes le soir. Le prurit du *lycopode* est *cuisant*, il a lieu aussi le soir, mais il se développe surtout lorsque le corps est échauffé. A l'extérieur, des frictions énergiques, continuées pendant une heure, avec la préparation de soufre et de lait de chaux que nous avons indiquée; les bains additionnés de sel de cuisine ou d'acide sulfurique, soulagent beaucoup les malades.

CHAPITRE XII

PITYRIASIS

Nous avons vu que l'eczéma se terminait par une desquamation furfuracée qui constituait le plus grand nombre des cas de pityriasis. En décrivant les affections parasitaires, nous avons encore trouvé un *pityriasis versicolor*. En dehors de ces deux affections, nous trouvons une maladie localisée sur la peau, ca-

ractérisée par la formation de furfurs, de squames fines, quelquefois lamelleuses, très-adhérentes aux surfaces malades et formant des plaques bien circonscrites sans aucune saillie. C'est là le véritable pityriasis et la seule affection qui doive en porter le nom ; elle constitue l'une des *dartres sèches*, et, à aucune époque de sa durée, elle ne présente ni suintement ni croûtes.

Le *pityriasis rubra* est celui qui se développe sur des plaques rouges et enflammées, il existe à peine un léger prurit ; il se montre surtout à la face et au cou. Quand les furfurs sont disposés en cercle, l'affection prend le nom de *pityriasis circiné*, qu'il ne faut pas confondre avec les affections parasitaires.

Le *pityriasis pilaris* est caractérisé par le gonflement des follicules pileux qui sont comme coiffés par une squame blanche. Cette variété est presque toujours incurable.

Traitement. — *Arsenicum* est encore le médicament principal ; *sulfur* ne sera employé que d'une manière intercurrente. La lotion sulfureuse, l'application de glycérolé contenant le *corrosivus* au millième sont de bons adjuvants. Les lotions avec de l'eau contenant 1 à 5 pour 100 d'hydrate de chloral fait disparaître la démangeaison et améliore beaucoup l'affection locale.

CHAPITRE XIII

PSORIASIS

C'est le type de la dartre sèche. Cette affection est caractérisée par la formation de squames blanches et imbriquées, si fortement adhérentes à la peau malade, qu'il est impossible de les détacher entièrement. La couleur des squames est caractéristique ; Hardy la compare à une gouttelette de cire ou à une plaque de plâtre. Ces squames reposent sur un fond rouge-cuivré et ne se recouvrent pas entièrement ; la peau est en même temps notablement épaissie. Cet épaississement de la peau exagère la saillie des taches et gêne quelquefois considé-

rablement le mouvement des jointures: Cette modification de la structure de la peau est la cause des *gerçures* et *rhagades* qui compliquent certaines variétés. Le psoriasis s'accompagne de très-peu de démangeaisons; il a une marche essentiellement chronique. Les diverses configurations qu'il affecte lui ont mérité les nom de *punctata*, *guttata*, *nummularia*, *diffusa, gyrata*, dénominations sans aucune importance.

Le psoriasis siége habituellement à la partie externe des genoux et des coudes ; il peut occuper la face, le prépuce, où il se complique de gerçures profondes suintantes, sans cesse ravivées par les érections ; la face palmaire des mains et des pieds ; dans ce dernier siége, il s'accompagne de fissures et de fentes profondes. Suivant certains médecins, il atteindrait quelquefois les ongles et déterminerait leur chute ; enfin on l'observe sur la langue.

Traitement. — On a préconisé *arsenicum*, *conium*, *clematis erecta*, *cicuta*, *calcarea*, *sulfur*, *lycopodium*, *graphites*, *silicea*, *sepia*, *manganum*.

Arsenicum est mon grand médicament dans le *psoriasis*. La pathogénésie de ce médicament ne permet pas de mettre en doute son action sur la peau, et l'expérience clinique me la fait recommander au début du psoriasis.

Sepia m'a réussi admirablement chez des femmes un peu lymphatiques et sujettes à des règles fortes et a des leucorrhées abondantes. Hartmann conseille ce médicament contre le psoriasis invétéré avec des rhagades profondes, douloureuses et suintantes.

Lycopodium et *graphites* sont encore indiqués quand il existe des gerçures et des rhagades sur les plaques de *psoriasis*. Hahnemann indique, parmi les symptômes du lycopode, la sécheresse et surtout le *fendillement* de la peau.

Hartmann indique encore *hepar sulfuris* contre les gerçures des mains.

Manganum préconisé par le Dr Cramoisy est un excellent médicament à la 2e trituration ; nous le prescrivons quand arsenic a échoué.

CHAPITRE XIV

LUPUS VORAX

C'est la dartre rongeante des anciens ; elle est caractérisée par la formation d'ulcérations phagédéniques, c'est-à-dire d'ulcérations qui ont de la tendance à s'étendre d'un côté, tandis qu'elles guérissent de l'autre. Cette affection siége habituellement à la face et surtout au nez ; elle présente de nombreuses variétés. Les principales sont : le lupus à *ulcération superficielle*, le lupus à *ulcération profonde* et le lupus *hypertrophique*, dans lequel la peau subit une altération analogue à celle que nous avons décrite à propos de la lèpre ; enfin, quelquefois les tubercules du lupus subissent la transformation graisseuse et sont résorbés, sans s'être ulcérés; en sorte que la peau s'exfolie peu à peu, adhère aux parties, devient transparente et présente tous les caractères des cicatrices du lupus sans avoir offert ni suppuration ni ulcération : c'est le *lupus non excedens*.

Le lupus est toujours une affection scrofuleuse ; il présente une *forme commune* et une *forme maligne*. Les variétés que nous avons indiquées ci-dessus peuvent coexister ou se succéder chez le même individu et ne constituent pas des formes naturelles.

I. Forme commune. — Le lupus débute habituellement par des tubercules d'un rouge violacé et fort rares, d'autres fois par de simples taches érythémateuses. L'ulcération apparaît sur ces points; elle est superficielle, mais a de la tendance à s'étendre ; elle se recouvre d'une croûte brunâtre extrêmement adhérente. Pendant que l'ulcération s'étend d'un côté, elle se guérit de l'autre et présente des cicatrices comparables à celles des brûlures profondes ; c'est un mélange de brides blanchâtres, de cicatrices minces et rosées, de nodus, qui donne à cette lésion un caractère tout spécial ; bien des fois les cicatrices sont envahies de nouveau par l'ulcération, et la maladie est interminable.

Dans certains cas, les tubercules sont très-nombreux, se touchent par la base et constituent la variété hypertrophique; dans d'autres points, le lupus *non excedens* détruit les parties sans ulcérations apparentes.

Le nez est détruit en tout ou en partie; quelquefois il est seulement diminué de grosseur sans perte de substance notable. La paupière inférieure peut être détruite, d'où épiphora, inflammation et destruction de l'œil.

La santé générale est bonne, et il est rare que les malades succombent, même dans les cas les plus rebelles. Après la guérison, il reste des cicatrices indélébiles et souvent de véritables mutilations.

II. Forme maligne. — L'ulcération s'étend souvent en profondeur, s'accompagne de douleurs excessives et marche avec une grande rapidité : trois semaines, un mois suffisent pour la destruction du nez, d'une partie des lèvres, de la paupière inférieure.

Etiologie. — C'est surtout de 10 à 20 ans que sévit le lupus. Rarement il apparaît avant la dixième année, plus rarement encore après 40 ans. Les femmes y sont plus souvent exposées que les hommes et les pauvres plus que les riches.

Traitement. — *Arsenicum* à l'intérieur et à l'extérieur constitue pour nous le traitement du lupus. A l'extérieur, nous appliquons un mélange d'amidon et d'arsenic au 1000e; et, dans la forme maligne, nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à attaquer l'ulcération avec la *poudre arsenicale*, dont nous avons donné la formule à propos du traitement du *cancer épithélial.*

Staphysagria, *aurum*, *silicea*, *ammonium* ont été indiqués dans le traitement de la dartre rongeante. *Kali bichromicum* qui produit des ulcérations et des destructions analogues à celles du lupus devrait être essayé dans cette affection. *Aurum* nous a donné quelques succès.

Il ne faut pas confondre les ulcérations serpigineuses de nature *syphilitique* avec le lupus, car le traitement est tout diffé-

rent. Les ulcérations syphilitiques guérissent bien plus facilement et cèdent à *mercurius*, *iodium*, *nitri acidum* et *aurum*.

Hydrastis canadensis à la 3e dilution et en teinture mère à l'intérieur nous a procuré plusieurs guérisons dans des cas extrêmement avancés. Nous n'hésiterons pas à employer le même médicament à l'extérieur au 20e, au 10e et au 5e si l'affection résistait à son usage interne. Aujourd'hui nous préférons ce médicament à l'arsenic.

CHAPITRE XV

ICHTHYOSE

C'est une affection congénitale et incurable, caractérisée par le développement de squames plus ou moins larges, dures, sèches, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, formées par l'épiderme épaissi ; cette lésion ne s'accompagne ni d'inflammation à la peau, ni de prurit, ni de douleur. La santé générale peut être bonne ; l'affection est partielle d'ordinaire.

Nous ne connaissons pas le traitement de cette maladie.

CHAPITRE XVI

SCLÉRÈME

C'est une affection caractérisée par l'induration de la peau et des tissus sous-jacents ; elle apparaît comme phénomène ultime dans le cours de plusieurs maladies des *nouveau-nés : pneumonie*, *diarrhée* et principalement *œdème des nouveau-nés ;* ces deux affections ont été confondues par les auteurs du commencement de ce siècle. Dans ce cas, le sclérème est souvent un symptôme de l'agonie ; mais cette affection survient aussi chez l'adulte et sans liaison bien évidente avec aucune autre maladie, en sorte qu'on peut la décrire comme une maladie essentielle.

Le sclérème de l'adulte se manifeste depuis la puberté jusqu'à l'âge de 50 ans ; il paraît presque exclusivement chez les fem-

mes et semble se rattacher à des troubles non encore déterminés de la menstruation.

La maladie débute par la peau de la région antérieure du cou; de là, elle s'étend à la face, aux membres supérieurs qu'elle envahit inégalement, au thorax et enfin aux membres inférieurs ; mais toujours il y a un espace plus ou moins considérable de peau restée saine entre la lésion de la région supérieure et celle de la région inférieure du corps.

Les parties envahies présentent une dureté comparable à celle des cadavres gelés ; les plis de la peau sont complètement effacés ; il est impossible de faire plisser la peau sur les parties sous-jacentes ; les mouvements sont bridés, et la face acquiert une immobilité effrayante; les seins durs, immobiles, luisants et d'une blancheur mate, ressemblent à deux sphères d'ivoire.

L'induration cesse quelquefois tout à coup, d'autres fois elle se continue par des transitions insensibles avec la peau restée saine.

La couleur est *blanc mat* au début de la maladie, puis ensuite elle brunit sensiblement, en sorte que la face finit par ressembler à celle d'une momie.

Cette maladie marche assez rapidement au début, puis, arrivée à un certain degré, elle reste indéfiniment stationnaire, sans aucune tendance à la guérison. Toutes les fonctions continuent à se faire assez bien, même celles de la peau malade, et il n'y a point d'exemple authentique de sclérème des adultes terminé par la mort. Chez les femmes, il y a le plus souvent un certain degré d'aménorrhée.

Traitement. — Le mercure administré à haute dose a procuré quelques guérisons ; d'autres fois, son administration a été suivie d'une aggravation manifeste dans les symptômes de la maladie. Nous croyons donc qu'on devra essayer ce médicament à dose homœopathique. S'il échouait, on aurait recours à *pulsatilla*, *causticum*, *sulfur*, et aux autres médicaments de l'aménorrhée.

VINGT-SIXIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES OREILLES

Nous ne décrirons point les maladies et les affections des oreilles et des yeux. Cette partie de la nosographie est habituellement réservée à deux spécialités que j'appelle légitimes, parce qu'elles nécessitent la connaissance et la pratique de méthodes spéciales d'investigation et l'habitude d'opérations fort délicates. Cependant les médecins homœopathes sont appelés chaque jour à traiter des affections des yeux et des oreilles; la littérature homœopathique est déjà riche en connaissances cliniques sur le traitement de ces affections; et nous avons cru que les médecins seraient contents de trouver ici un résumé de cette partie de notre thérapeutique. Nous nous bornerons donc à donner le traitement de chaque affection, tout en regrettant qu'au moins en France aucun médecin homœopathe ne se soit livré à l'enseignement de la spécialité des affections des yeux et des oreilles.

CHAPITRE PREMIER

OTITE EXTERNE

Les médicaments principaux sont *pulsatilla*, *mercurius* et *belladona*.

Pulsatilla est indiquée par : douleurs violentes avec prurit dans le conduit auditif externe; gonflement et rougeur de ce conduit et même de l'oreille externe. Le conduit auditif est quelquefois complètement fermé par le gonflement inflammatoire.

Mercurius sera préféré à *pulsatilla* quand la douleur de l'otite s'accompagnera d'un froid glacial dans la partie malade, et que les douleurs augmenteront par la chaleur du lit.

J'emploie ces deux médicaments à la 3e dilution. Les instillations de lait et d'huile chaude calment quelquefois la douleur. Lorsqu'un abcès s'est développé dans l'épaisseur des parois du conduit auditif, le traitement est le même et la maladie se termine par l'évacuation du pus. A ce moment, quelques injections pratiquées avec précaution sont utiles pour nettoyer l'oreille. On fait ces injections avec de l'eau d'orge.

CHAPITRE II

OTITE DE L'OREILLE MOYENNE

Pulsatilla est encore ici le médicament principal ; il est indiqué par les symptômes de douleurs déjà énumérés ; il convient encore quand l'apophyse mastoïde devient douloureuse et que la peau qui la recouvre commence à rougir. Ces derniers symptômes sont un signe certain de suppuration de l'oreille moyenne.

Belladona est indiquée par des douleurs très-violentes siégeant profondément dans l'oreille et sans aucun gonflement extérieur. La céphalalgie violente, le délire, les vomissements, la propagation de la douleur jusque dans la gorge sont encore des signes qui indiquent le choix de belladone.

Il y a des cas où il est nécessaire d'inciser la membrane du tympan ou de perforer les cellules mastoïdiennes pour donner issue au pus et empêcher la propagation de l'inflammation à l'oreille interne.

CHAPITRE III

OTALGIE

Les deux médicaments principaux sont *belladona* et *chamomilla :* tous les deux correspondent à des douleurs violentes dans l'oreille, douleurs qui s'aggravent par le moindre bruit. Les douleurs de *belladona* s'étendent souvent jusque dans la gorge ; et celles de *chamomilla*, jusqu'au lobule de l'oreille. J'alterne *chamomilla* et *belladona* à la 3e dilution. *Mercurius* serait indiqué par des douleurs qui s'aggravent la nuit et *nux vomica* par une otalgie plus forte le matin. Dans les cas où il existe une intermittence franche, on doit prescrire le sulfate de quinine à hautes doses.

Les instillations de lait et d'huile chaude soulagent quelquefois les malades. Dans les cas très-douloureux, on peut ajouter quelques gouttes de teinture de belladone à de la glycérine pour injection dans l'oreille.

CHAPITRE IV

SCROFULE DE L'OREILLE

OTORRHÉE SANS CARIE. — Les deux médicaments sont *pulsatilla* et *sulfur*. J'administre habituellement ces deux médicaments successivement, *pulsatilla* d'abord, à la 3e dilution, deux doses par jour pendant six jours ; repos quatre jours et *sulfur* 30e, deux doses par jour pendant six jours. Repos huit jours et recommencer la série. Quand ces deux médicaments ne suffisent pas, j'administre *silicea* de la 6e à la 30e dilution.

OTORRHÉE AVEC CARIE. — Le médicament principal est *silicea*, qu'on donnera longtemps en variant les dilutions. Il faut se rappeler que cette affection est extrêmement rebelle et souvent incurable ; il ne faut donc pas changer les médicaments

tous les huit jours. Après *silicea*, nous indiquerons *iodium*, *aurum*, *hepar sulfuris*, *calcarea*, *sulfur* et *argentum*. *Sal croisici*, 3e trituration si utile dans les scrofules osseuses, peut rendre de grands services contre l'otorrhée. Des *injections iodées* au 10e, au quart, puis au tiers, des injections avec de l'*eau phéniquée* au 1000e rendent de grands services dans le traitement de cette affection. L'*eau phéniquée* fait disparaître l'odeur repoussante qu'exhale souvent l'écoulement fourni par une carie du rocher.

Un traitement que nous devons signaler parce qu'il a procuré quelques guérisons est celui des *irrigations* extrêmement *prolongées*. Pour cela, on fixe dans un lieu élevé un réservoir contenant 5 à 6 litres d'eau ; un tuyau en caoutchouc, muni d'une canule fine, fait passer cette masse d'eau dans l'oreille ; l'eau doit être tiède.

S'il survenait des symptômes d'otite interne, il faudrait se hâter de prescrire *belladona*.

Iodium (t. m.) une goutte, dans une potion de 200 grammes, m'a rendu service dans un cas semblable.

CHAPITRE V

SURDITÉ

Surdité dépendant de l'accumulation du cérumen. — L'accumulation du cérumen mélangé à des débris d'épithélium très-nombreux a été attribuée à une inflammation chronique de la membrane muqueuse du canal auditif externe.

Le seul *traitement* consiste dans l'extraction du cérumen : on introduit pendant quelques jours de la glycérine dans l'oreille, et ensuite, avec quelque injection d'eau tiède, on fait disparaître une surdité que, sans un examen attentif, on eût pu traiter inutilement pendant des années.

Surdité liée a une oblitération de la trompe d'Eustache. — Cette surdité dépend habituellement d'une inflamma-

tion chronique de l'arrière-gorge et de la trompe d'Eustache. *Sepia* est le meilleur médicament à employer dans ce cas, et plusieurs fois il a suffi à amener la guérison. On le prescrit de la 3e à la 30e. Après *sepia*, viennent *iodium* et *hepar sulfuris*, qui répondent à l'inflammation chronique du pharynx ; mais *mercurius* convient mieux que ces deux médicaments parce qu'il correspond à l'inflammation de la trompe d'Eustache. *Aurum*, *staphysagria* et *nitri acidum* sont indiqués quand la surdité dépend de l'hypertrophie des amygdales.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, suivi de l'insufflation d'air dans la caisse, est quelquefois nécessaire. Si les amygdales sont hypertrophiées, on fera bien de les enlever.

SURDITÉ DUE A LA CARIE DU ROCHER. — Elle est incurable et ne demande pas d'autre traitement que celui de la carie.

SURDITÉ NERVEUSE.— *Lachesis* est le médicament principal ; il correspond à l'absence de cérumen, aux bourdonnements et sifflements dans les oreilles, à la sensibilité douloureuse de l'ouïe aux sons aigus. *Naja*, 6e, 12e et 30e, remplace lachesis avec avantage si ce dernier médicament échoue. *Graphites* convient à un état plus avancé, absence de cérumen, diminution de la surdité par le bruit et l'ébranlement de la voiture, sifflement dans les oreilles. *Ledum palustre* et *muriatis acidum* correspondent à l'insensibilité du conduit auditif et de l'oreille externe, symptôme fréquent de la surdité nerveuse. *Chininum sulfuricum* et *chinâ* produisent une surdité passagère et quelquefois définitive ; ces médicaments seront donc indiqués dans le traitement de la surdité nerveuse, quand elle est liée à un bourdonnement d'oreille. *Silicea* correspond à des alternances de surdité et de sensibilité successives de l'ouïe On a encore indiqué *phosphorus*, *causticum*, *nitri acidum* et *petroleum*. Dans ces dernières années, j'ai remplacé avec avantage *lachesis* par *elaps corallina*.

VINGT-SEPTIÈME CLASSE

MALADIES ET AFFECTIONS DES YEUX

L'organicisme a fait régner dans cette partie de la nosographie les mêmes erreurs et les mêmes confusions que dans la description des affections de la peau ; seulement, la réaction qui triomphe aujourd'hui pour la pathologie cutanée n'est pas encore commencée pour l'ophthalmologie. Aussi trouvons-nous un nombre indéfini de lésions décrites comme des *maladies* de l'œil. Quoique nous ne donnions ici, comme pour l'oreille, que le traitement des affections de l'œil, nous sommes obligé de prévenir le lecteur des erreurs de l'organicisme, afin qu'il ne s'attende pas à trouver ici le traitement de l'*aquo-capsulite*, de la *cristallino-capsulite*, des *choroïdo-rétinites*, des *scléro-choroïdites* et d'une foule d'autres *ites* fantastiques qui sont des lésions communes et non des affections ayant une existence isolée et distincte.

CHAPITRE PREMIER

OPHTALMIE CATARRHALE

Euphrasia est le médicament principal ; il correspond à la rougeur de la conjonctive oculaire et palpébrale, à la sécrétion abondante de larmes et de mucosités, à une douleur cuisante avec sensation de sable.

Belladona est plus spécialement indiqué quand l'inflammation est bornée à l'angle interne de l'œil.

Mercurius correspond aussi à la rougeur de la conjonctive et à la sécrétion catarrhale de cette membrane.

Ipeca (1re trituration au 10e) est indiqué si ces douleurs sont très-violentes, si elles s'aggravent la nuit, si la conjonctive est très-rouge et très-boursouflée avec larmoiement abondant.

CHAPITRE II

OPHTHALMIE PURULENTE

Le traitement est le même, qu'il s'agisse de l'*ophthalmie égyptienne*, de l'*ophthalmie blennorrhagique* ou de l'*ophthalmie des*

nouveau-nés. Le médecin doit se rappeler que, dans ces cas à marche rapide et qui peuvent se terminer en quelques heures par la perte de l'œil, les tâtonnements ne sont pas permis ; si, d'une autre part, nous consultons la pathogénésie et la clinique homœopathiques, nous ne trouvons aucune indication positive pour le traitement de l'ophthalmie purulente. Aussi j'avoue que pendant longtemps j'ai préféré avoir recours aux méthodes anciennes plutôt que de m'exposer à laisser perdre un œil par le fait de l'application d'un médicament mal indiqué et par conséquent inefficace. Hartmann consacre à peine quelques lignes au traitement de cette affection, et encore les renseignements qu'il donne ne m'inspirent aucune confiance, quand je lis une phrase comme celle-ci : « *Nux*, *dulcamara* ou *bryonia* sont appelés quand l'enfant est *encore* à la mamelle »; il ne s'agit donc plus ici de *nouveau-nés*, puisque le malade peut avoir cessé d'être à la mamelle.

M'étant trouvé appelé à donner des soins à un enfant de huit jours atteint d'une ophthalmie purulente, infructueusement soignée par un oculiste distingué, je me suis cru autorisé à *essayer* un traitement nouveau ; voici la méthode que j'ai employée et que depuis j'ai appliquée avec succès.

Injection toutes les deux heures de la solution suivante : *corrosivus* 1re dilution, 20 gouttes ; eau distillée, 100 grammes. A l'intérieur, *belladona* et *corrosivus* 3e alternés. On éloigne les injections à mesure que la suppuration diminue.

Il ne faut pas oublier que dans ces cas on doit laver l'œil très-souvent, à l'aide d'eau chaude injectée, jusqu'à ce que l'œil soit tout à fait nettoyé du pus qui le recouvre.

CHAPITRE III

OPHTHALMIE SCROFULEUSE

Quand l'affection n'atteint encore que la conjonctive, *belladona mercurius* et *pulsatilla* peuvent suffire ; lorsque la maladie est plus ancienne, qu'il existe une *blépharite* bien marquée, *præcipitatum rubrum* est le médicament principal ; on l'emploie à la 2e et à la 3e trituration.

Zincum sulfuricum m'a aussi donné quelques succès. Viennent ensuite *sulfur* et *calcarea carbonica.*

Lorsqu'il y a kératite avec *ulcère de la cornée* ou infiltration de cet organe, *ipeca*, *apis* et *aurum muriaticum* suffisent au traitement de la maladie. Cependant, quand l'inflammation est très-aiguë, *belladona* est quelquefois nécesaire. *Ipeca* est le médicament que j'emploie le plus souvent ; il est indiqué par : rougeur de l'œil ; douleur et photophobie excessives ; douleur dans les tempes et le front ; ulcération de la cornée. J'emploie ce médicament à dose assez forte, 1re trituration au 10e, 25 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux, trois ou quatre heures.

Apis mellifera est indiqué à peu près dans les mêmes conditions. Un certain degré de *chemosis* et surtout de tuméfaction des paupières indiquent ce médicament. J'emploie *apis* à la 3e trituration ; je l'alterne quelquefois avec *ipeca*. Dans plusieurs cas *apis* 3e a manifestement augmenté la douleur et la rougeur de l'œil qui n'ont cédé qu'à *apis* 12e.

Depuis quelques années j'emploie de préférence *apium virus* aux mêmes doses. Cette préparation est très-fidèle.

En résumé, *ipeca* s'applique principalement à l'inflammation de la conjonctive et *apis* à celle de la cornée.

Plusieurs autres médicaments sont indiqués dans le traitement de la kératite scrofuleuse.

Hepar sulfuris est un médicament que la clinique a démontré être très-efficace dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse. Hartmann insiste particulièrement sur son efficacité dans la kératite, et, contrairement à toutes ses habitudes, il conseille les basses triturations. Richard Hughes n'est pas moins affirmatif sur l'efficacité d'*hepar sulfuris;* il le regarde comme le premier médicament dans le traitement de la kératite scrofuleuse, et il affirme en avoir obtenu les meilleurs résultats. Il prescrit aussi, lui, les basses triturations.

L'*arsenic* était signalée à l'attention des médecins par la fréquence des inflammations des yeux que l'on rencontre dans l'histoire des empoisonnements dus à cette substance. Cependant la matière médicale de Hahnemann ne contient aucun

symptôme qui spécialise l'emploi d'arsenic dans le traitement de la kératite. C'est donc encore ici l'observation des malades qui a fourni les indications de l'arsenic. Ajoutons que ces indications sont assez vagues, et qu'en général, on prescrit l'arsenic quand les autres médicaments ont échoué.

Opium, une goutte ou deux de teinture mère, est indiqué comme médicament intercurrent et répond à une douleur excessive.

Aurum muriaticum 3e et 6e, trois fois par jour, est indiqué quand l'inflammation est tombée. Ce médicament, qui est excellent pour achever la guérison, m'a été indiqué par le Dr Cartier.

CHAPITRE IV

OPHTHALMIE GOUTTEUSE

Elle siége habituellement sur l'*iris*, et c'est surtout l'iritis qu'il s'agit de traiter, afin d'empêcher les déformations de la pupille consécutives à cette maladie.

J'emploie trois médicaments dans le traitement de l'*iritis goutteuse : belladona*, *spigelia* et *arsenicum*. *Belladona* et *spigelia* sont indiqués par les douleurs périorbitaires; par le changegement de forme et de couleur de l'iris; l'immobilité ou la dilatation de l'iris; la rougeur de la sclérotique ; le trouble de la vue. Il faut en général essayer ces deux médicaments et insister sur celui qui réussit le mieux.

La *kératite* arthritique est souvent ulcéreuse, le médicament principal est *colchicum*. Sclérotique rouge et tache sur la cornée, avec pus dans la chambre antérieure. Cette inflammation est extrêmement mobile. Elle varie de jour en jour.

Arsenicum est surtout indiqué quand les douleurs redoublent la nuit et *silicea* quand il y a du pus dans la chambre antérieure.

On a encore indiqué : *colocyntis*, *clematis*.

CHAPITRE V

OPHTHALMIE SYPHILITIQUE

C'est habituellement une *iritis;* quelquefois cependant l'inflammation atteint la choroïde et la *rétine :* l'amaurose est la suite de ces dernières localisations.

Traitement. — Celui de la syphilis arrivée à la deuxième période, et de plus *apis mellifica* et *belladona* qui m'ont rendu de véritables services dans l'iritis syphilitique.

CHAPITRE VI

LÉSIONS CONSÉCUTIVES AUX OPHTHALMIES

Granulation des paupières. — *Hépar sulfuris* et *thuya* sont indiqués; mais toute la partie clinique de la *blépharite granuleuse* est encore à faire.

Hypopion ou abcès de la chambre antérieure. J'ai réussi avec *solubilis* (6°) suivi de *silicea* 30°. On a encore indiqué *plumbum.*

Ptérygion ou épaississement et vascularité d'une partie de la conjonctive, de forme triangulaire, dont le sommet empiète plus ou moins sur la cornée. Deux médicaments sont indiqués, *cannabis* et *lachesis.*

Ulcère de la cornée, suite de kératite scrofuleuse, demande le traitement de cette maladie et en plus *plumbum*, *euphrasia*, *calcarea*, *hepar sulfuris*, *silicea.*

Myopie et presbytie demandent seulement l'usage de lunettes. Il faut avoir soin de choisir des lunettes avec lesquelles la vue soit facile et distincte et qui ne laissent pas de fatigue dans les yeux après leur usage; il faut se garder avec un égal soin de les prendre trop faibles ou trop fortes. Les myopes doivent éviter de lire, d'écrire et de regarder de près avec leurs lunettes. De même les presbytes doivent quitter leurs lunettes pour voir de loin.

L'asthénopie ou faiblesse de la vue simule quelquefois la presbytie et est soulagée par des verres convexes. Le traitement consiste principalement dans le repos de l'organe malade ; et dans l'usage de lunettes qui rendent l'application des yeux plus supportable. *Belladona, silicea* et *sepia* sont indiqués dans ce cas.

La diplopie est un symptôme qui appartient à des maladies bien diverses. Les principaux médicaments qui correspondent à ce symptôme sont : *belladona*, *stramonium*, *veratrum*, *secale cornutum*, *agaricus*, *conium*, *oleander*, *iodium*, *natrum muriaticum*, *digitalis*.

L'hémyopie ou vue de la moitié verticale ou horizontale des objets indique dans le premier cas *lycopodium*, et *muriatis acidum* ; dans le second, principalement *aurum*. *Natrum muriaticum* correspond aussi à l'hémyopie.

Héméralopie, ou vue seulement pendant la lumière solaire, doit être bien distinguée de l'*amaurose intermittente*. Les médicaments de l'héméralopie sont principalement *belladona* et *veratrum*. Jahr indique encore *mercurius*, *hyosciamus* et *pulsatilla*.

La nyctalopie en dehors de la photophobie n'existe pas.

Amblyopie et amaurose. L'*amaurose hystérique* apparaît subitement et disparaît de même. Les médicaments qui réussissent le plus à abréger la maladie sont *phosphorus*, *sepia* et *platina*.

L'amaurose due à une tumeur cérébrale, celle qui est la suite du décollement de la rétine, d'une inflammation chronique de la partie postérieure du globe oculaire, de l'atrophie du nerf optique ou de la rétine, sont pour la plupart incurables. Les médicaments qui peuvent arrêter la maladie quand elle est encore peu avancée sont *belladona*, *calcarea*, *veratrum*, *stramonium* ; ils correspondent à l'amblyopie avec pupilles dilatées, points noirs fixes, étincelles. *Aurum*, *phosphorus* et *natrum muriaticum* correspondent à l'amblyopie, aux *points noirs immobiles* et à la *photopsie*.

CHAPITRE VII

GLAUCOME

Le **traitement** du glaucome est confondu à tort avec celui de la cataracte. Pendant la période d'inflammation *belladona*, *apis mellifera*, *spigelia* et *phosphorus* sont principalement indiqués. Il faut tenir grand compte de l'intensité et de la nature de la douleur pour le choix du médicament. A la période d'hydropisie et de distension de l'œil correspond encore *apis mellifera*; puis *mercurius*, *iodium*, *arsenicum*. L'*iridectomie* est un moyen puissant de soulagement à cette période, et nous ne devons pas en priver les malades.

CHAPITRE VIII

CATARACTE

Cannabis indica; secale cornutum, *iodium* et *kali hydriodicum conium*, *silicea*, ont été préconisés dans le traitement de la cataracte. *Colchicum* conviendrait, d'après Schilling, contre la cataracte capsulaire à marche rapide (Roth). Le Dr Prié a vanté *magnesia carbonica* et a rapporté quelques observations qui militent en faveur de ce médicament. Néanmoins l'opération est souvent la seule ressource que nous ayons dans cette affection; il faut se rappeler que, lorsque les deux yeux sont pris, la cataracte peut rester stationnaire fort longtemps pour l'un des yeux, et il ne faut pas attribuer à l'effet des médicament ce qui est un résultat de la marche naturelle de la maladie.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS DES PAUPIÈRES

Blépharite glandulaire; affection des glandes de *Meibomius*. Le médicament principal est *euphrasia;* il répond à un degré

avancé de la maladie et à l'ulcération du bord libre, de la paupière. Viennent ensuite : *digitalis*, *hepar sulfuris*, *mercurius* et *pulsatilla*. *Senega* est indiqué par les *croûtes sèches* à la racine des cils ; il est indiqué plus spécialement, ainsi que *calcarea carbonica*, par la chute des cils. *Sepia* convient aussi dans le cas de petites croûtes à la racine des cils. Il ne faut pas oublier que le tricophyton peut se développer sous la racine des cils ; et que cette affection parasitaire est guérie par l'arrachement des cils et une pommade ou des *lotions parasiticides*. (Voir le premier volume. — *Parasites végétaux*.)

Orgeolet. C'est le furoncle des paupières. *Pulsatilla*, *plumbum*, *natrum muriaticum*, *lycopodium*, *sepia* et *staphysagria* sont principalement indiqués ; j'ai surtout réussi avec *silicea* 6[e].

Kystes des paupières. *Iodium*, mais surtout *calcarea carbonica*, ont donné quelques succès.

Paralysie de la paupière supérieure. *Sepia*, *veratrum* et *zincum* sont indiqués par Jahr.

L'inflammation chronique des voies lacrymales, la tumeur et la fistule lacrymales qui en sont la suite réclament presque toujours, les deux dernières affections au moins, l'intervention chirurgicale. Néanmoins, j'ai heureusement modifié l'inflammation des *voies lacrymales* avec *apis mellifera*, et la *tumeur* lacrymale avec *calcarea carbonica*. On a encore indiqué *pulsatilla*, *silicea*, *sulfur* et *hepar sulfuris*.

ERRATUM

Page 60, dernière ligne, lire : différences de *siége* au lieu de différences de l'*âge*.

FIN DU TOME SECOND ET DERNIER

TABLE DES MATIÈRES DU TOME SECOND.

Paris.—A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31



